VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 135)

z dnia 24 czerwca 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 135)

24 czerwca 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasa Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (druk nr 2477),

– rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji Finansów Publicznych Sprawozdania z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. (druk nr 2445) wraz z Analizą NIK (druk nr 2495), w zakresie:

1) części budżetowej 46 – Zdrowie:
a) dochody i wydatki,
b) dotacje podmiotowe i celowe,
c) wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych,
d) środki europejskie na współfinansowanie Programów Operacyjnych,
e) programy wieloletnie,

2) państwowy fundusz celowy – Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych,

3) instytucje gospodarki budżetowej:
a) Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie,
b) Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia,

4) państwowa osoba prawna – Agencja Oceny Technologii Medycznych,

5) części budżetowej 83 – Rezerwy celowe, w zakresie pozycji 47 i 48,

6) części budżetowej 85 – Budżety wojewodów ogółem, w zakresie działu 851 – Ochrona zdrowia:
a) dochody i wydatki,
b) dotacje podmiotowe i celowe,
c) wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych,
d) zadania z zakresu administracji rządowej i zadania zlecone innym jednostkom samorządu terytorialnego odrębnymi ustawami,

7) części budżetowej 66 – Rzecznik Praw Pacjenta:
a) dochody i wydatki,
b) wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu i **Cezary Rzemek** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Kozłowska** rzecznik praw

pacjenta wraz ze współpracownikami, **Marcin Kędzierski** dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, **Mirosław Stasiak** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów wraz ze współpracownikami, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Anna Wierzowiecka** naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Sylwia Dyk** ekspert Pracodawców RP, **Wanda Fidelus-Ninkiewicz** dyrektor Biura Naczelnej Izby Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz lobbystka **Adrianna Tomasik** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Bogdan Cichy**, **Urszula Sęk** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego oraz **Grzegorz Ciura** – specjalista z Biura Analiz Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów. Dzisiejszy porządek obrad obejmuje dwa punkty. Ponieważ treść drugiego punktu jest bardzo rozbudowana, zapytam, czy są uwagi do przedstawionego państwu porządku obrad. Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam więc, że porządek obrad został przyjęty.

Przepraszam za niedopatrzenie – serdecznie witam pana ministra, panią rzecznik, przedstawicieli NFZ i wszystkich zaproszonych gości, również współpracowników pana ministra. Przechodząc do realizacji punktu pierwszego, oddaję głos panu posłowi i jednocześnie panu przewodniczącemu Jarosławowi Katulskiemu. Bardzo proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Zgodnie z porządkiem obrad, chciałbym przedstawić Wysokiej Komisji projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zawarty w druku nr 2477, który państwo posłowie znają. Krótko uzasadnię potrzebę przyjęcia tej ustawy.

Otóż, ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia zakłada wprowadzenie z końcem lipca tego roku dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej, z wyłączeniem dokumentacji medycznej w formie papierowej. Okazuje się jednak, że jest to ogromne przedsięwzięcie i bardzo wielu świadczeniodawców, a także lekarzy praktykujących prywatnie, czyli praktycznie wszystkich usługodawców, którzy działają w systemie ochrony zdrowia, jest nieprzygotowanych do tego, żeby wyeliminować całkowicie albo w znacznej części dokumentację w formie papierowej i przejść na wyłączną formę elektroniczną. W związku z powyższym wydaje się zasadne – i taką propozycję zmiany ustawy przedkładam – żeby wydłużyć okres przejściowy, kiedy ta dokumentacja może być prowadzona i w formie papierowej – jak dotychczas – i elektronicznej, aż do roku 2017. Jednocześnie chciałbym zaproponować poprawkę, żeby ustawa weszła w życie z dniem podpisania, a nie – jak w przedłożonym projekcie ustawy – po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, panie ministrze, oddaję panu głos.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Dziękuję, panie przewodniczący. Ministerstwo popiera ten pomysł przedłużenia terminu. Zaproponowaliśmy taką zmianę w założeniach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, które procedujemy i które stają dzisiaj na posiedzeniu rządu, także wydłużającą ten termin. Rzeczywiście – tak, jak pan poseł przewodniczący mówił – wiele jednostek dzisiaj nie jest gotowych do zastąpienia dokumentacji papierowej dokumentacją elektroniczną. Wiele z tych jednostek chyba czeka na nową transzę środków europejskich, żeby z nich skorzystać i przeprowadzić informatyzację u siebie. Zatem, taka zmiana jest pożądana. Jako ministerstwo wyrażamy pozytywne stanowisko do zaproponowanych rozwiązań.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, oczywiście część świadczeniodawców czeka na nowe środki unijne, ale – powiedzmy sobie szczerze – nie wszyscy świadczeniodawcy z nowej transzy unijnej będą wyposażać swoje placówki w urządzenia informatyczne. Jednak, skoro jesteśmy 3 lata przed kolejnym deadlinem dotyczącym wprowadzenia elektronicznej dokumentacji, może warto byłoby przygotować mapę drogową, bo pewnie nie wszyscy świadczeniodawcy równo do tego podejdą, i zacząć pracę, między innymi w CSIOZ, czy nawet zlecić takie prace na zewnątrz, żeby część tej dokumentacji w podstawowej formie była przygotowana, tak jak swego czasu, kiedy płatnicy mieli elektronicznie rozliczać się z ZUS-em, w takiej formie, żeby była ogólnodostępna. Czyli, taka bazowa platforma, którą bezpłatnie albo za symboliczną złotówkę lub opłatę ryczałtową mógłby pobrać lekarz, bo wielokrotnie będą zgłaszane opinie – rozmawiałem z moim środowiskiem – że jeszcze nie są gotowi. Aczkolwiek są na rynku dwie-trzy bezpłatne platformy służące do prowadzenia elektronicznej dokumentacji – nie będę ich wymieniać, żeby nie robić niepotrzebnej reklamy, a może potrzebnej reklamy. Natomiast, jeśli jesteśmy 3 lata przed, to jestem przekonany, że dużym placówkom, szpitalom, będzie łatwiej. Prywatnym świadczeniodawcom – prywatnym w znaczeniu jednostkowym – może będzie trudniej, aczkolwiek ja korzystam z jednej z tych platform i uważam, że można prowadzić tę dokumentację bardzo szybko i sprawnie.

Nad czym ubolewam? Nad tym, że nadal nie mamy rozwiązanego problemu zaświadczeń o niezdolności do pracy przesyłanych do ZUS elektronicznie, ale to raczej problem po stronie ZUS, a nie po stronie programodawców. Może więc resort zdrowia na 3 lata przed przygotowałby mapę drogową dla poszczególnych typów świadczeniodawców, bo ilość tej dokumentacji jest zupełnie inna w jednostkowych placówkach, a inna w szpitalach, abyśmy nie mieli wymówki za 3 lata, żeby znowu przesunąć ten termin o kolejny okres, gdyż dostęp do dokumentacji elektronicznej i sprawność jej prowadzenia i przesyłania, a przede wszystkim – co ważne – wiarygodność w sensie czasowego zapisu elektronicznego – powiedzmy sobie szczerze – dla wszystkich podmiotów, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia czy Ministerstwa, jest bezcenna. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Wysoka Komisjo, panie ministrze, proszę państwa, wydawać by się mogło, że ta zmiana ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia jest teraz zasadna, a nawet potrzebna, tylko że od siedmiu lat rządzą Platforma Obywatelska i PSL, a teraz dowiadujemy się, że dobrze byłoby przygotować mapę drogową, zacząć prace. Mówiło się o e-ubezpieczeniach, e-receptach, grzało się w świetle kamer, w świetle jupiterów, zapowiadało się szumnie innowacyjność w informatyce. Najpierw druzgocący raport Najwyższej Izby Kontroli, a teraz wydłużenie okresu do 2017 r. Można by zapytać – czy leci z wami pilot, czy to wszystko ogarniacie, czy wiecie, o co w ogóle chodzi w tym systemie informacji.

Właściwie to, że chcecie przedłużyć termin wcale mnie nie dziwi, bo na razie jesteście w polu. Od siedmiu lat jesteście w polu, a cały czas zapowiadacie przedsięwzięcia na skalę europejską i światową. Zatem, trochę pokory, fachowości, merytoryczności i kompetencji, żeby ten chaos nie przekładał się na to, że będzie to tak zwane sprzedawanie dymu i że cały czas będzie to informacja dla informacji. Informacja ma służyć czemuś i komuś, i systemowi ochrony zdrowia, a na razie służy tylko wam do kampanii wyborczej albo wspierania kapitału wyborczego i politycznego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, według mnie, pomysł stworzenia mapy drogowej nie byłby najlepszy, ale sądzę, że pan minister do tego się ustosunkuje. Uważam, że będą się z tym wiązać następne koszty, a na pewno niczego to ani nie rozwiąże, ani w niczym nie pomoże. Myślę, że tak, jak tu już było powiedziane – ponieważ informatyzacja, w szczególności szpitali, w tym dużych, to nie tylko dokumentacja medyczna i nie tylko prowadzenie, to musi być kompatybilne z całym systemem informatycznym w szpitalu. Być może nie wszystkie szpitale zdołały się do tego przygotować, bo, jak wiemy ze wszystkich informacji, informatyzacja, która w dużych jednostkach przebiega w ten sposób, że jest kilka systemów, które nie są ze sobą kompatybilne, w rezultacie niczego nie rozwiązuje w przypadku danego szpitala. Nie można prowadzić samej dokumentacji w tym systemie. Myślę, że niektóre jednostki dlatego się nie przygotowały, że oczekiwały, między innymi, na strumień pieniędzy, który ma napłynąć w rozdaniu 2015-2020. Sądzę, że dużo jednostek czeka na to, aby w tym rozdaniu pieniędzy uczestniczyć w zakresie systemu informatycznego szpitala.

To przesunięcie o kolejne lata na pewno jest słuszne, bo mniejsze, pojedyncze czy indywidualne jednostki, praktyki, które mają zdecydowanie mniejszy zakres i zasięg dokumentacji medycznej, są przygotowane, natomiast duże jednostki nie. Zatem przesunięcie terminu o kolejne prawie 3 lata spowoduje, że jednostki będą musiały się przygotować. Na pewno jest to dobry okres, bo nic innego w tej chwili nie możemy zrobić, jeżeli chcielibyśmy wymagać, aby od 1 stycznia wszystkie jednostki prowadziły dokumentację w systemie elektronicznym. Tak więc, jest tylko kwestia tych map drogowych, ale myślę, że przedstawiciele ministerstwa odpowiedzą, czy potrzebna jest jeszcze jedna administracja i dodatkowe działania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja również mam pytanie, zarówno do posła wnioskodawcy, jak i do pana ministra.

Można powiedzieć w ten sposób – a nie mówiłem? Mam tę wątpliwą satysfakcję, że należałem do osób, które na posiedzeniu Komisji, kiedy przyjmowano ustawę, powątpiewały, czy w takim zakresie i kształcie będzie to możliwe do zrealizowania. Oczywiście, uspokajano nas wtedy, że horyzont czasowy jest odległy – jest dużo czasu, kilka lat – i żaden to problem przygotować dzisiaj odpowiednie pogramy informatyczne, zakupić sprzęt i wszystko zorganizować tak, aby to zgodnie z ustawą funkcjonowało. Niestety, jak się okazuje, mam tę wątpliwą satysfakcję, że słusznie należałem do grona sceptyków.

W związku z tym, pojawia się pytanie, które trzeba najpierw skierować do ministerstwa, ale także do przedstawiciela wnioskodawców – co dalej? Przyjmiemy dzisiaj nowelizację, bo zakładam, że taki będzie efekt tego posiedzenia Komisji, a następnie odbędzie się drugie czytanie i głosowanie – wydłużenie tego okresu o 3 lata, jednak można przyjąć, że być może okaże się, niestety, że ten okres znowu trzeba będzie przedłużyć. I nie tylko dlatego, panie ministrze, że jest duże prawdopodobieństwo, że mimo obecnej afery – zresztą kolejnej – wybory będą, niestety, dopiero na jesieni 2015 r., czyli za półtora roku i z tych trzech lat zostanie dla następców zaledwie półtora roku, ale dlatego, że świadczeniodawcy będą uważać, że skoro raz udało się to odłożyć, to można odłożyć ponownie. W związku z tym, chciałbym jednak, aby państwo – nie teraz, ale na etapie drugiego czytania – zaproponowali – czy do tej ustawy, czy w innej formie, aktów prawnych niższego rzędu – jakiś plan działania, z którego będą państwo konsekwentnie rozliczać świadczeniodawców. Wiadomo, że tego nie uda się zrealizować jednorazowo, w krótkim terminie, i znowu ktoś się obudzi na pół roku przed terminem i powie – teraz szybko przetargi, kupujemy sprzęt, szybko zmieniamy oprogramowanie, bo znowu nie zdążą.

Jeżeliby to wszystko traktować poważnie – chyba że uważamy, że to wszystko jest niepoważne, to wtedy w ogóle nie ma o czym dyskutować, szkoda zawracać głowę, cofnijmy tę ustawę – to trzeba by przyjąć jakieś terminy, co powinno być zrealizowane w tej sprawie za rok, co za 2 lata. Wtedy jest szansa na to, że za 3 lata rzeczywiście ten system zacznie funkcjonować. W związku z tym, chciałbym o to zapytać zarówno pana ministra, jak i przedstawiciela wnioskodawców, pytając jednocześnie o konsultacje dotyczące tej

nowelizacji nie tylko z ogólnie rozumianym środowiskiem – bo ja też mogę potwierdzić, że rzeczywiście wiele podmiotów jest nieprzygotowanych – tylko z samorządami, które są organami założycielskimi czy z ich przedstawicielem. Gdzie są ewentualne opinie samorządów terytorialnych, Związku Powiatów Polskich czy innych stowarzyszeń, które przecież zbierają się systematycznie. Zbierają się marszałkowie na swoich konwentach. Gdzie jest ich opinia odnośnie do tego terminu, ich sugestie, jak wywiązać się z realizacji tej ustawy i nowych uwarunkowań? Chciałbym poznać opinię samorządów lekarskiego i pielęgniarskiego, chyba że pan poseł ma tak szczegółowe dane, ile podmiotów jest na dzisiaj nieprzygotowanych do realizacji tego zadania, a ile zakłada, że mogliby być gotowi, ale za kilka miesięcy, a nie za 3 lata, a ile jest jeszcze daleko w polu i mówi, że potrzebne są im 3 lata. Tego wszystkiego nie mamy. Przyznam szczerze, że wygląda to jak działanie przeprowadzone na kolanie.

Na koniec chcę wziąć trochę w obronę tę biedną grupę osób podpisanych pod tą poselską nowelizacją. Znowu mamy do czynienia z taką sytuacją, w której ja mam pretensje do osób, które próbują ratować sytuację, bo ktoś w ministerstwie tych pytań nie zadał, nie przeprowadził tych badań i konsultacji, nie odbył tych rozmów i co więcej, przypomniał sobie o tym nie w styczniu, lutym czy marcu, tylko pod koniec maja. Niestety, po raz kolejny posłowie – wiadomo, że z koalicji rządzącej – są żyrantami nieudolności Ministerstwa Zdrowia. I to wszystko w tej sprawie. Prosiłbym o odpowiedź na postawione przeze mnie pytania.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Czy mogę, panie przewodniczący?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Po pierwsze, bardzo dziękuję za długi i szczegółowy wywód. Muszę powiedzieć panu przewodniczącemu, że ja też mógłbym zapisać się do tej grupy, która ma tę niewątpliwą satysfakcję, że kiedy na posiedzeniu Komisji omawialiśmy tę sprawę i gościliśmy dyrektora centrów informacyjnych Ministerstwa Zdrowia też miałem wątpliwości...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam. Dodajmy – byłego dyrektora. Prawda?

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Tak, ale wtedy był dyrektorem. Nie ma to dzisiaj większego znaczenia. Chciałbym dzisiaj tylko powiedzieć, że ja też mógłbym zaliczać się do tej grupy posłów, natomiast jesteśmy w takiej sytuacji, że to my jesteśmy odpowiedzialni za to, czy ta ustawa będzie musiała być realizowana, czy nie. I moim zdaniem, wszyscy, jak tu siedzimy, zdajemy sobie sprawę z tego, że sytuacja wymaga tego, że powinniśmy prolongować termin wejścia w życie wyłącznie elektronicznej dokumentacji. To, że stało się to na drodze poselskiej, nie ma większego znaczenia, bo takie prawo możemy stanowić. Chciałbym przypomnieć panu przewodniczącemu, że ustawy wnoszone na drodze poselskiej nie wymagają takiego trybu opiniowania jak ustawy rządowe. W związku z powyższym, wszystkie wymogi zostały spełnione, a reszta, to już prywatna opinia pana przewodniczącego, która nie ma nic do rzeczy w tym zakresie.

Uważam, że jesteśmy odpowiedzialni za to, żeby tę ustawę dzisiaj przyjąć. To, czy ona mogła być przyjęta miesiąc temu, półtora miesiąca temu, czy ją przyjmujemy dzisiaj, nie ma większego znaczenia. Do końca lipca powinniśmy zdążyć jako parlament i mam nadzieję, że tak się stanie. Przecież w tym momencie mamy doskonałą wiedzę, bo nie ma większego znaczenia to, czy nieprzygotowane są 2/3 świadczeniodawców czy 1/3. Znaczna grupa – i o tym wszyscy wiemy – nie jest gotowa do wprowadzenia wyłącznie elektronicznej dokumentacji. I prawda jest też taka, że gdybyśmy tej nowelizacji nie przyjęli, to naprawdę narażalibyśmy, po pierwsze – świadczeniodawców, po drugie – lekarzy praktykujących prywatnie, a po trzecie – pacjentów, na ogromne perturbacje, które – moim zdaniem – do niczego nie są potrzebne i nikomu nie będą służyć. Skupmy

się na materii tej sprawy, a już nie dyskutujmy na temat formy wprowadzenia proponowanej ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący, panie pośle. Wygląda na to, że rzeczywiście z pewną zadyszką zdążymy, natomiast mam w pełni świadomość tego – żeby było jasne – że ustawa poselska ma inne obwarowania niż ustawa rządowa. Nie zmienia to jednak faktu, że jest to działanie spod dużego palca. Nie wiemy, ile. Nie wiemy, jaką mamy sytuację. Nie wiemy, dlaczego 3 lata, a nie 2,5 albo 2, a może 4. Nie wiemy nic. Kłóci się to ze zdrowym rozsądkiem. Zwłaszcza, że państwo nie wykonali minimum pracy i nie wykazali minimum zaangażowania, aby zaproponować, w jaki sposób Ministerstwo Zdrowia czy CSIOZ będzie kontrolować to, jak świadczeniodawcy wywiązują się z tej ustawy za rok czy za 2 lata, abyśmy znowu nie byli przyszłości zaskakiwani. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosimy mówić do mikrofonu, bo to musi się nagrywać.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Teraz już wiemy, że nagrywa się legalnie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, to jest niedobra ustawa, dlatego że ona spowoduje, że będziemy mieć w obrocie – że tak powiem kolokwialnie – dwa rodzaje dokumentacji – papierową i elektroniczną. I będzie tak dalej. To będzie powiększać bałagan. Bo, jeśli ja będę mieć zaufanie, że jest dokumentacja elektroniczna, to pozbędę się papierowej i nie będę już chodzić z papierową, tak jak to robię dotychczas. Dlatego wszystkie uwagi, które przedstawił tu pan przewodniczący, są zasadne. Co więcej, musimy to w jakikolwiek sposób skoordynować z tym, co robi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Jak wiadomo, tam działy się różne rzeczy. Były one powiązane także z tym, co działo się w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji z tym wielkim programem informatyzacji administracji, i nagle wszystko ucichło, po prostu, nic się tam nie dzieje. Nie wiemy, czy ten system jest przygotowany, czy będzie to kompatybilne z tamtym systemem, który się tworzy, czy będzie to kiedyś współdziałać, czy też stworzymy jakiś kulawy system, który będzie nieustannie poprawiany. Rozumiem, że chodzi o to, żeby było coraz więcej pacy, coraz więcej zleceń i coraz więcej bałaganu, bo w ten sposób bardzo dobrze można rządzić, jeśli się wie, jakie szczegółowe cele chce się przez to osiągnąć.

Absolutnie nie powinniśmy przyjmować takich ustaw, tym bardziej, panie pośle, ustaw poselskich, ponieważ to naprawdę wymaga bardzo wielu... Ktoś z państwa, kto nigdy nie wprowadzał żadnego systemu informatycznego, nie wie, jak trudne są to systemy, żeby je skoordynować z tym, co jest w jeszcze innych systemach. Dlatego dowiedzmy się od Ministerstwa Zdrowia, kiedy będzie wprowadzany system Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, jaki jest stan zaawansowania, w jakiej części to, co pan poseł chce wprowadzić, mieści się w dalszych pracach, czy po prostu ktoś tak chce, bo ma taką fantazję – kilkunastu czy kilkudziesięciu posłów – i będziemy to wprowadzać. To naprawdę powiększa tylko istniejący już nieprawdopodobny bałagan w ochronie zdrowia. Przecież ofiarami tego powiększającego się bałaganu są pacjenci, którzy muszą korzystać z pomocy medycznej. Zatem, zlitujmy się i zostawmy to. Mamy ważniejsze sprawy do rozpatrzenia na tym posiedzeniu, takie, jak pieniądze na ochronę zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan minister. Bardzo proszę. Później pan przewodniczący Katulski.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Dziękuję bardzo. Odniosę się do dwóch elementów. Pierwszy, to jest to, co mówili pan poseł Orzechowski i pani poseł Gelert o dodatkowej platformie, mapie drogowej. Absolutnie nie ma takiej potrzeby z prostej przyczyny – projekty, które CSIOZ przygotowuje,

już w czwartym kwartale tego będą wdrażane do testów i każdy ze świadczeniodawców będzie mógł podłączyć się do tego testowego środowiska i sprawdzić, czy systemy, które ma, czy będzie miał zamiar zakupić – to dotyczy także dostawców tych systemów – są kompatybilne i współpracują z projektem P1, czy e-Zdrowie. Tutaj takiego problemu nie ma, żeby jeszcze coś dodatkowo robić.

Odnośnie do wypowiedzi pana przewodniczącego Latosa, pana przewodniczącego Hoca czy pani poseł Hrynkiewicz, z naciskiem na pokorę, fachowość, merytoryczność i kompetencje – wynotowałem sobie za panem posłem Hocem – i tego „czy leci z nami pilot", gwarantuję, że pilot leci. Mimo że na tym pokładzie kilku pasażerów podskakuje i głośno krzyczy, to pilot leci, i wie gdzie. I dobrze byłoby, żeby ci, którzy tak krzyczą, podskakują, opowiadają, odnośnie do tych swoich słów jak „pokora, fachowość, merytoryczność i kompetencje" przygotowali się i wiedzieli, o czym mówią, bo dzisiaj łączenie w jedno projektu e-Zdrowie tworzonego przez CSIOZ z elektroniczną dokumentacją medyczną w szpitalach jest kompletnym nieporozumieniem. My dzisiaj mówimy o dokumentacji medycznej, która ma być prowadzona w szpitalach i przychodniach tylko elektronicznie, a obecnie jest prowadzona w sposób różny – jest i papierowa, i elektroniczna. Sporo jednostek ochrony zdrowia ma wprowadzoną dokumentację elektroniczną i prowadzi ją w swoich przychodniach czy szpitalach, a wiele nie ma. To był obowiązek nałożony nie na rząd, a na świadczeniodawców.

Pytanie o konsultacje, czy je przeprowadziliśmy – czy rząd je prowadził. Przypominam jeszcze raz, że rząd w swoim projekcie zmiany ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który od jesieni proceduje w założeniach, też to zaproponował. Było to w konsultacjach. Te konsultacje były przeprowadzone z każdym ze środowisk zainteresowanych generalnie informatyzacją w ochrony zdrowia i nie było uwag odnośnie do tej zmiany. Miejmy tego świadomość.

My mówimy nie o e-recepcie czy e-zleceniu, które są w produkcji i na jesieni tego roku będą testowane – będą dawane do testowania także jednostkom. Mówimy o tym, czy w szpitalu, który dzisiaj nie jest przygotowany, bo na przykład dyrektor tego szpitala albo jego właściciel, jakim jest starosta, marszałek lub uczelnia, nie wprowadzili dokumentacji elektronicznej zgodnie z prawem, które ich do tego obligowało. Przypomnę, że można mieć mniejszą lub większą satysfakcję z tego, że przez te kilka lat ktoś nie zdążył, ale Sejm kilka lat temu przyjął ustawę, która obligowała jednostki ochrony zdrowia do przeprowadzenia u siebie takich zmian, żeby dokumentację elektroniczną wprowadzić. Nie wprowadzono. I możemy dzisiaj – tak, jak proponuje pani poseł Hrynkiewicz – zamknąć oczy, nie widzieć tego, i zmusić, by od 1 sierpnia tylko dokumentacja elektroniczna była w przychodniach i szpitalach, a wtedy okaże się, że pacjenci będą mieć kłopot, bo te szpitale nie mają programu.

I nie jest tak, że przez te kilka lat ktoś nie zdążył, bo nie mógł, bo przypomnę, że programy informatyczne istnieją. Firmy, które takie programy dostarczają, są i oferują je na rynku. Chodziło o to, żeby menedżerowie, dyrektorzy i właściciele tych jednostek wprowadzili te rozwiązania do swoich szpitali, przychodni. Nie wprowadzili. To jest problem, przed którym dzisiaj stoimy. Możemy oczywiście – jak powiedziałem – zamknąć oczy i udać, że tego nie ma, ale to nie zmieni faktu, że od 1 sierpnia w niektórych przychodniach czy szpitalach nie będzie dokumentacji elektronicznej, bo nikt nie wprowadzi systemu przez miesiąc, nawet gdyby dzisiaj go zakupił. Mamy tego świadomość.

Odnośnie do platformy dla tych jednostek, które nie będą chciały tego wprowadzić, czy nie będzie ich na to stać, bo to będą małe jednostki i lekarze mający własne gabinety. Czy będą musieli tę dokumentację tworzyć? Jeżeli wprowadzimy e-Zdrowie, czyli te wszystkie usługi w projekcie P1, a jak powiedziałem, projekt będzie na jesieni tego roku testowany – poszczególne produkty – a od czerwca przyszłego roku będzie już pracować w fazie produkcyjnej, to będzie tam możliwość korzystania z tych produktów online, bez zakładania dokumentacji elektronicznej u siebie. Taka możliwość będzie. I dlatego nie potrzeba żadnej dodatkowej mapy drogowej, bo to przygotowujemy w ramach tego dużego projektu, który robi CSIOZ. Chciałbym więc, żebyśmy rozmawiali o tym, co jest rzeczywiście merytoryczną zawartością tej ustawy. A merytoryczną zawartością tej ustawy jest przesunięcie terminu dla szpitali i przychodni – nie dla rządu, bo projekt

rządowy jest realizowany zgodnie z harmonogramem – z których część przez kilka lat, z różnych powodów, czasem obiektywnych, a czasem dlatego, że ktoś zakładał, że ten termin będzie przesunięty, więc tego nie wprowadzał. Ktoś tłumaczył, że nie ma pieniędzy na te inwestycje, czekała na środki unijne, a część po prostu przegapiła termin. Powody mogły być różne, ale faktem jest, że w wielu przychodniach i szpitalach dokumentacja elektroniczna nieźle funkcjonuje i daje absolutnie pozytywne efekty w tych jednostkach, także oszczędnościowe, jeśli chodzi o zarządzanie tą dokumentacją, a w wielu tego nie ma. To jest problem, przed którym stajemy. Ta nowelizacja powoduje to, że dajemy tym spóźnialskim kolejną szansę. To jest kolejna szansa.

Czy staniemy, panie przewodniczący, przez takim dylematem w 2017 r.? Mam nadzieję, że nie, bo jedynym możliwym naciskiem do wywarcia na tych świadczeniodawców jest to, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie podpisywać kontraktów ze szpitalami i przychodniami, jeżeli nie mają dokumentacji elektronicznej. Jednak czy tego chcemy? Nad tym należy się zastanowić, bo raczej jest to apel do właścicieli tych jednostek, żeby poważnie traktowali prawo, bo prawo obligowało dyrektorów szpitali i przychodni do tego, żeby dokumentację elektroniczną prowadzić od kilku lat. Nikt tego prawa z nich nie zdjął. Dzisiaj reagujemy na rzeczywistość, bo wiemy – i sami tego doświadczamy będąc w niektórych przychodniach czy szpitalach – że nie są w pełni do tego przygotowani. I dlatego propozycja poselska zakłada przesunięcie tego terminu. Nie cieszymy się z tego powodu. Wolelibyśmy, żeby przychodnie i szpitale zrealizowały założenia tamtej zmiany i dostosowały do istniejącego prawa, ale tak nie jest. Nie można zamykać na to oczu, bo wtedy rzeczywiście będziemy mieć kłopot. A jak powiedziałem, to co przygotowuje rząd – co przygotowuje CSIOZ – jest zgodne z harmonogramem. Projekt będzie przygotowany i te wszystkie szpitale i przychodnie, ci wszyscy dostawcy oprogramowania, którzy na rynku funkcjonują, będą mogli od czwartego kwartału tego roku badać na tym środowisku testowym, jakie CSIOZ wstawi do tego badania i sprawdzać, czy ich oprogramowanie jest już dzisiaj kompatybilne z tym, co będzie wprowadzone przez CSIOZ w przyszłym roku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Mam pewien dylemat, ponieważ zapowiedziałem, że oddam głos przedstawicielowi wnioskodawców, panu posłowi Katulskiemu, a widzę jeszcze kilka zgłoszeń. Proponuję więc, żeby posłowie zadali jeszcze pytania, a później w ramach odpowiedzi zabierze głos pan poseł.

Bardzo proszę, po kolei, pani poseł Hrynkiewicz, a później pan przewodniczący. Widzę również kolejne zgłoszenia.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Mam dwie kwestie – zwracam się do pana ministra. Jeśli to jest tak dobry projekt, to czemu rząd go nie zgłosił. To pierwsza sprawa. I druga sprawa. Niech pan już nic więcej nie mówi, bo im więcej pan mówi, tym bardziej pan pokazuje, jaki tam panuje bałagan. Bo ja swojej naiwności naprawdę staram się wierzyć, że ktoś nad tym bałaganem panuje, a pan mówi, że zaczną wdrażać program Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i wtedy okaże się, czy są one kompatybilne z tymi, które są na rynku, i które każdy może kupić i wdrażać. Proszę pana, naprawdę robi się i śmieszno, i straszno. To niech pan już nie mówi, ale odpowie na pytanie, dlaczego tak dobrego programu, dobrej ustawy, dobrej zmiany, którą pan chwali nie wprowadził rząd – to byłoby najprostsze – i nie wziął za to odpowiedzialności.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, na chwileczkę chciałbym oderwać się od tej warstwy politycznej, która niewątpliwie tu jest, i skupić się na merytoryce. Nie uważam, że mapa drogowa dojścia do tego byłaby złym pomysłem chociażby z tego powodu, że za 3 lata może pojawić się problem, że mimo iż na rynku dostępne są komercyjne czy niekomercyjne programy, które lepiej lub gorzej współpracują z platformą na poszcze-

gólnych poziomach, ktoś i tak będzie mieć problem z pozyskaniem takiego oprogramowania. Przypominam sobie wejście systemu e-WUŚ. Wtedy bardzo szybko została uruchomiona strona, na której można było sprawdzać uprawnienia do świadczeń. Nie wiem, czy będzie podobnie z dokumentacją w postaci wirtualnej – czyli, gdzieś by krążyła w chmurze – bo są przecież kwestie zabezpieczeń. Nad tym pracowaliśmy w ustawie, żeby ta dokumentacja była bezpieczna. Nie wiem więc, czy będzie można to robić zupełnie *online*, ale przy projekcie, który jest wart kilkaset milionów, przygotowanie podstawowego systemu, który byłby zaimplementowany w dowolnej placówce służby zdrowia – u lekarza rodzinnego, w szpitalu czy innej placówce – i mógłby działać bezproblemowo, wydaje się dobrym pomysłem, bo kiedy za 3 lata staniemy w przededniu wejścia obowiązku posługiwania się dokumentacją elektroniczną nie będzie wymówki od strony softwarowej, czyli od strony oprogramowania, że ktoś tego nie będzie mieć.

Oczywiście, zapewne pojawią się problemy, pytania i wnioski o stronę hardwarową i sprzętową, bo każdy będzie musiał mieć jakiś komputer. Dzisiaj szpitale – zwłaszcza te, które rozliczają się z Narodowym Funduszem Zdrowia, a jest ich przeważająca większość – są wyposażone w oprogramowanie do rozliczania się z NFZ. Zapewne więc to oprogramowanie i sprzęt istnieją. Natomiast, jeśli tak mocno pan minister podkreślał kwestię jakości w ochronie zdrowia, to zanim podejmie się kroki w tym kierunku – o czym wspominał pan minister – żeby NFZ nie podpisywał kontraktu z placówkami, które nie prowadzą dokumentacji elektronicznej, może zrobić pierwszy krok zachęcający, polegający na tym, że prowadzenie dokumentacji elektronicznej w placówce będzie skutkować wyższą punktacją, jako jakościowo słuszne. To wydaje się być zachętą dla świadczeniodawców, a nie obligo czy karą w tej postaci, że finalnie, w sierpniu 2017 r., ktoś z nimi tego kontraktu nie podpisze albo go rozwiąże. Dlatego przy tak dużym systemie, który będzie obejmować elektroniczną receptę, rozliczanie się z NFZ i wiele innych poziomów zgodności lub niezgodności z tą dużą platformą, przygotowanie takiego oprogramowania naprawdę wydaje się rzeczą niezbyt wielką, a bardzo pomocną tym wszystkim świadczeniodawcom, którzy z różnych powodów finansowych albo takich, że nie chcą wprowadzić takiego oprogramowania – bo trudno będzie zmusić taką osobę w innych sposób – będą mogli go dostać bezpłatnie czy pozyskać z państwa stron czy serwerów. Nie będzie wtedy wymówki softwarowej. A gwarantuję, że w roku 2017 r. odezwie się spora grupa świadczeniodawców, którzy powiedzą, że będą musieli zakupić sprzęt i skąd wziąć na to pieniądze, pomimo że transza środków unijnych, o której państwo wspominali, już dawno została wykorzystana. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Mam bardzo krótkie pytanie, czy sugestię. Rzeczywiście, wydaje się, że można byłoby skwitować to wyłącznie głosowaniem – nie można wysypać przychodni i szpitali, one muszą jakoś funkcjonować. Natomiast, to absolutnie nie zostało przygotowane i zaprezentowane jak trzeba, poprzez głęboką analizę, dlaczego do tego doszło. To, po pierwsze.

Po drugie, jak to się ma do pakietu dotyczącego skrócenia kolejek. Uważam, że absolutnie nijak, dlatego że – przypominam – w tym pakiecie jest mowa o tym, że będziemy widzieć pacjentów w kolejkach. I wreszcie, jak to się ma – bo w uzasadnieniu jest napisane, że będzie można sięgnąć w następnej perspektywie finansowej po fundusze strukturalne – do afery, która również dotknęła Ministerstwo Zdrowia. Przypominam badanie Najwyższej Izby Kontroli, które wskazywało, że jest to system zagrożony i że istnieje prawdopodobieństwo niezbudowania systemu w Ministerstwie Zdrowia.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy to wszystko, pani poseł? Dziękuję bardzo. Następny zgłosił się pan poseł Hoc. Proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję. Ja oczywiście pociągnę ten temat, który rozpocząłem, ale też nawiążę do słów pana ministra. Panie ministrze, gdybyście to wszystko ogarniali i postępowali merytorycznie, to pan by wiedział, że szpitale i placówki służby zdrowia nie mogą wchodzić w pewne oprogramowania, bo po prostu nie mają pieniędzy. Wy te pieniądze, zamiast je przeznaczyć na Narodowy Fundusz Zdrowia, zwiększyć albo skierować do szpitali, daliście na Pendolino, czyli na gadżet kolejowy – Pendolino bez pendolino, które nawet bez tego wahadełka zahacza o słupy trakcyjne...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie przewodniczący, bardziej merytorycznie, naprawdę...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

To jest działanie rządu. Jak wymagać, żeby oprogramowanie szpitala... Szpitale przędą na ostatnich rezerwach, a wy wymagacie od nich różnego rodzaju... I jeszcze nie ma kompatybilności w tym... Jest tak, jak pan powiedział – lecicie samolotem, pasażerowie tupią, bo dwa skrzydła się palą – jest ogień – odpadają, ale wy lecicie, bo macie różowe okulary. Wy wszystko wiecie i lecicie dalej. Zaraz będzie katastrofa. Zresztą, już jest katastrofa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie pośle, za bardzo merytoryczną wypowiedź. Pan poseł Piontkowski, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja też panią serdecznie pozdrawiam, jak zwykle.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Szanowni państwo, po wypowiedzi pana ministra chciałbym jednak wrócić do części pytań, które pan minister dość łatwo ominął. Po pierwsze panie ministrze, jakie są to koszty dla poszczególnych kategorii, to znaczy szpitali, przychodni czy lekarzy rodzinnych. Czy państwo szacowali, jak to jest dużo w stosunku do pieniędzy, jakie te instytucje posiadają i czy to tłumaczenie, o którym pan wspomniał, że jednym z elementów, które doprowadziły do takiego stanu, że dzisiaj część z tych jednostek nie ma oprogramowania, nie jest przygotowana do tego elektronicznego systemu dokumentów, były koszty finansowe.

Po drugie, czy w związku z tym, o czym tu część z państwa wspominała, NFZ kontraktując umowy ze szpitalami, przychodniami i lekarzami rodzinnymi, uwzględnił koszty zakupu sprzętu i oprogramowania w kontraktach na kolejne lata tak, aby te jednostki mogły ten sprzęt i oprogramowanie zakupić.

Wspomniał pan o tym, że część jednostek nie wprowadziła tego systemu, bo spodziewała się, że termin obowiązkowego wprowadzenia dokumentacji elektronicznej nie zostanie przyjęty. Dziś po raz kolejny można powiedzieć, że się nie zawiedli, bo nie jest to pierwsza ustawa, która wydłuża moment wprowadzenia jakichś obowiązków na takich czy innych świadczeniodawców, czy podmioty. Można powiedzieć, że jeśli raz się udało, to może uda się i drugi raz, i trzeci, i piąty. Dlatego rzeczywiście potrzebna jest ta mapa drogowa, o której mówili pan przewodniczący Latos i Orzechowski, żeby nie było potem tłumaczenia, że po trzech latach budzimy się 2 miesiące przed terminem i znowu trzeba przedłużyć termin wejścia w życie tego przepisu, bo jakaś grupa jednostek tego nie wprowadziła.

Stąd pytanie podstawowe, na które pan minister nie chciał odpowiedzieć – jak duża jest to skala, bo jeżeli jest to, na przykład, 5% czy 10% szpitali, to jest to problem do obejścia, ale jeżeli dotyczy to już 50% jednostek, to rzeczywiście coś jest nie tak. Prawo w Polsce przestaje obowiązywać. Zatem, panie ministrze, bez odpowiedzi na pytania dotyczące kosztów i danych statystycznych, trudno mówić, czy dzisiaj ta ustawa jest bardzo potrzebna, czy niekoniecznie.

I ostatni element. Wspomniał pan o platformie, która w przyszłości umożliwi jednostkom służby zdrowia dostosowanie swojego oprogramowania do elektronicznych wymagań systemu centralnego. Czy dzisiaj Ministerstwo Zdrowia ma dane dotyczące

tego, ile z tych systemów elektronicznych, które zostały wprowadzone w szpitalach, przychodniach i u lekarzy rodzinnych, nadal nie jest zgodnych z systemem ogólnopolskim? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że w tym momencie nie powinniśmy się zastanawiać nad tym, czy ta ustawa jest potrzebna, czy nie, bo ten moment już nadszedł. Ustawa miała wejść w życie 1 sierpnia, a w związku z tym i obowiązywać. Dlatego my, posłowie jesteśmy w tej chwili w sytuacji bez wyjścia.

Zaraz udzielę głosu panu ministrowi – będzie zaraz odpowiadać. Pan poseł wnioskodawca prosił jeszcze o głos. Proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Postanowiłem jednak jeszcze kilka zdań powiedzieć. Najpierw chciałbym zadać ogólne pytanie. Proszę wskazać kadencję Sejmu, w której nie były przedłużane, prolongowane terminy wejścia w życie jakichkolwiek ustaw. Takiej kadencji – śmiem twierdzić – w naszym Sejmie nie było, więc to nie jest sytuacja wyjątkowa. Natomiast, proszę zwrócić uwagę na to, że powód prolongaty wejścia w życie tej ustawy jest wyłącznie merytoryczny. Nie ma żadnego innego powodu, żebyśmy tę ustawę dzisiaj przyjmowali. Jest to sprawa wyłącznie merytoryczna.

Teraz muszę powiedzieć, że zupełnie zgadzam się z moim kolegą, panem przewodniczącym Orzechowskim, odnośnie do zaproponowania swoistej mapy drogowej – jakbyśmy tego nie nazwali – bo rzeczywiście, według mnie, dobrze byłoby ten trzyletni okres podzielić według tego, jak to chcemy zrealizować. Jeśli wiemy, że szczególnie ci więksi świadczeniodawcy, czyli duże szpitale, żeby to zrealizować będą musiały skorzystać najprawdopodobniej ze środków unijnych, to warto byłoby już teraz zacząć myśleć, w jaki sposób można im pomóc, czy za pośrednictwem samorządów wojewódzkich, które będą dzielić lwią część tych środków, czy za pośrednictwem projektów centralnych. Moim zdaniem, to byłby bardzo dobry pomysł. Rzeczywiście wtedy można by to wyegzekwować, żeby w cyklu tych trzech lat to systematycznie wprowadzać.

Chciałbym też odnieść się do tego, co mówiła pani poseł Hrynkiewicz. Pani poseł, z całym szacunkiem dla pani tytułu profesorskiego, muszę pani powiedzieć, że to nie jest tak, że my się tu spotykamy i codziennie rozmawiamy przy okazji każdego posiedzenia Komisji raz o tym, a raz o tamtym. My działamy w sposób zorganizowany, uwzględniając plan naszego działania. Dzisiaj najważniejszym tematem jest projekt tej ustawy, a nie sprawa finansów w ochronie zdrowia, o których pani wspomniała, bo za leczenie dzisiaj płaci Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie zupełnie innych przepisów i to nie ma nic do rzeczy. W związku z powyższym, dzisiaj nie zajmujemy się tym, w jaki sposób, czy dobrze, czy źle i na jakiej podstawie płaci NFZ za leczenie, bo pacjenci są leczeni i świadczeniodawcy otrzymują pieniądze za leczenie z NFZ. To jest zupełnie inny temat.

Pani poseł Zalewska. Jeśli chodzi o dokładne analizy, zapytała pani, czy zostały przeprowadzone i czy to ma związek z pakietem dotyczącym skrócenia kolejek – jak to ma się do tego. Chciałbym poinformować, że jeśli chodzi o system analizowania kolejek, to tym zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia, który ma swoje własne systemy informatyczne i jest w stanie bardzo dokładnie to monitorować. To, co świadczeniodawcy sprawozdają do NFZ, mogą robić w formie elektronicznej, ale to nie ma nic wspólnego z dokumentacją, którą posiadają, bo historia choroby pacjenta – niezależnie od tego, że sprawozdaje się ją w formie elektronicznej, przy użyciu specjalnych kodów i cyfr – jest w dalszym ciągu papierowa. Jest kilka czy kilkanaście kartek dokumentacji papierowej – obecnie coraz więcej. Ona jeszcze nie musi być wyłącznie w formie elektronicznej. Natomiast, jeśli my ustawy nie przyjmiemy, to ta papierowa forma zostanie zamieniona na formę elektroniczną, a dzisiaj – jak doskonale wiemy – wielu świadczeniodawców nie ma takiej możliwości. W związku z powyższym pojawi się bardzo poważny problem zarówno dla lekarzy i pielęgniarek, jak i pacjentów – proszę na to zwrócić uwagę.

Chciałbym jeszcze powiedzieć jedno. W naszym kraju jest całkiem spora liczba świadczeń realizowanych nie na potrzeby Narodowego Funduszu Zdrowia, również przez praktyki prywatne lekarzy, którzy działają wyłącznie na rynku prywatnym. Ta ustawa

również ich będzie obligować. To nie będzie mieć nic wspólnego z rozliczeniem z NFZ. W związku z tym, jeśli tej ustawy dzisiaj nie przyjmiemy, to również stworzymy bardzo poważny kłopot w tym sektorze gospodarki, który wcale nie jest mały i sprowadzimy bardzo poważne problemy na prywatnie praktykujących lekarzy, lekarzy stomatologów, a także na pacjentów, którzy korzystają z tego sektora gospodarki odciążając system publiczny. To – moim zdaniem – też jest bardzo ważne. Musimy to brać pod uwagę.

Panie pośle Hoc, do pana wywodów nie chciałbym się właściwie odnosić, bo – moim zdaniem – to jest niepoważne. Mówimy tu o czymś bardzo istotnym dla nas, a pan mówi o Pendolino. Panie pośle...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

2 mld zł to nie jest istotna sprawa. Czy tak?

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Panie pośle...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

2 mld zł to dla pana nie jest istotna sprawa.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, nie udzieliłam panu głosu...

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Kiedy już Pendolino będzie jeździć, radzę, żeby pan wsiadł i się nim przejechał, ale dzisiaj rozmawiał z nami na poważne tematy.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Myślę, że wahadełko przydałoby się i panu.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Większość pytań, które zadał pan poseł Piontkowski, było bardzo merytorycznych. One były kierowane głównie do ministra, więc ja na ten temat głosu zabierać nie będę. Pojawiło się wśród nich pytanie o rozliczenia. Moim zdaniem, w swojej krótkiej wypowiedzi już to powiedziałem. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, zaraz panu oddam głos, ale także chciałabym dopytać o pewną kwestię. Mianowicie pamiętam, kiedy tę ustawę przyjmowaliśmy. Mieliśmy duże wątpliwości nie tylko odnośnie do tego, czy zdążą, ale czy w ogóle przez ten czas będą zainteresowani tym, aby e-dokumentacja weszła na czas. Zasadne jest więc to, co posłowie mówią, że może jednak warto czuwać nad wdrożeniem tej ustawy, aby za 2-3 lata nie doszło do podobnej sytuacji, bo tak naprawdę my, posłowie, jeśli chodzi o bezpośredni wpływ na dyrektorów, mamy tylko taką możliwość, że możemy po raz kolejny przedłużyć termin ustawy, czego – jak mi się wydaje – już nikt z nas by nie chciał. I dlatego panie ministrze, kiedy będzie pan odpowiadać na pytania posłów, chciałabym, żeby pan powiedział, czy prowadziliście takie rozmowy i zastanawialiście się na tym, w jaki sposób doprowadzić do tego, żeby jednak po roku-półtora przeanalizować to, na jakim etapie ten system jest wdrożony. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Dziękuję. Do kolejarskich wątków nie będę się absolutnie odnosić, natomiast do pozostałych postaram się odnieść w miarę merytorycznie.

Odnośnie do dostarczenia oprogramowania dla małych gabinetów, jak rozumiem przez CSIOZ, i swoistej mapy drogowej, uważam, że to, co przygotuje centrum na jesieni tego roku i to środowisko testowe, które będzie, i te projekty, które będą skończone do czerwca przyszłego roku, dla małych gabinetów absolutnie wystarczą, bo będą mogły z nich korzystać. Jakiekolwiek przygotowanie programu, który byłby częścią większego projektu związanego z dokumentacją elektroniczną i przekazywanie go nieodpłatnie jednostkom, mogłoby być narażone na dyskusję o równej konkurencji, o tym, czy to nie jest ingerencja w rynek, i pewnie bylibyśmy zarzuceni skargami firm informatycznych, które z tego żyją, że dostarczają oprogramowanie do szpitali, przychodni czy gabinetów. Zatem

to, co jest możliwe w projekcie P1, jest robione w sposób maksymalny – ale, jak mówię to, co jest możliwe – ze środków budżetowych i ze środków europejskich. Ta platforma będzie dawać możliwość małym gabinetom, żeby nie inwestowały zbyt dużo we własne oprogramowanie, natomiast korzystały z tej platformy w sprawie recept, zleceń, konta pacjenta, tych wszystkich użyteczności, które będą, natomiast, nie da się wyposażyć szpitali czy przychodni w softwary, które zakupi rząd. Takich możliwość po prostu nie ma. To po pierwsze.

Swoją drogą – abstrahuję – może chociaż część jednego z kolejnych posiedzeń Komisji poświęcić na prezentację pana dyrektora Kędzierskiego z centrum, żeby pokazał, na czym ten projekt polega, jakie już dzisiaj są te użyteczności, żeby państwo mieli świadomość, o czym rozmawiamy, co jest robione przez centrum, jakie te projekty będą mieć użyteczności w przyszłym roku. To chyba ułatwi nam później dyskusję o innych rzeczach.

Odnośnie do korzystania z tego projektu – oczywiście dla wszystkich szpitali, przychodni i gabinetów będzie to korzystanie bezpłatne, bo to rząd podjął decyzję o tym, że buduje projekt e-Zdrowie i potem będzie utrzymywać całą tę infrastrukturę ze środków budżetowych.

Jeśli chodzi o pytania pana posła Piontkowskiego, bardzo szczegółowe – czy wiemy, jakie są koszty? Panie pośle, to nie jest łatwe do oszacowania z bardzo prostej przyczyny. Jeżeli będziemy liczyć w ten sposób, że każdy szpital, który musi mieć techniczną dokumentację, liczy wszystko, czyli nowy sprzęt, nowe serwery i nowy software, to ta kwota będzie inna niż policzenie, na przykład, samego oprogramowania bez zakupu sprzętu, bo doskonale wiemy, że w większości ten sprzęt komputerowy dzisiaj funkcjonuje. Być może trzeba położyć jakieś sieci. To zawsze jest indywidualne wyliczenie poszczególnych jednostek. Tego absolutnie nie jesteśmy w stanie policzyć – każdy menadżer musi mieć tę świadomość. Przy okazji, część próbuje wymienić cały sprzęt na nowy, co też powoduje zwiększenie kosztów. Pamiętajmy też, że aby takie systemy dobrze funkcjonowały, sprzęt, który się starzeje – moralne starzenie się sprzętu elektronicznego jest bardzo szybkie – wymaga wymiany, więc to są nakłady, które każdy szpitali czy przychodnia musi planować w swoich przychodach realnie co roku, bo wymiana sprzętu – zresztą, tak, jak w innych instytucjach, czy to gospodarki, czy budżetowych – jest planowana. Trudno więc jest mi powiedzieć dzisiaj, jaki koszt przypada na poszczególne przychodnie czy szpitale, bo to zależy od ich wielkości i tego, co już dzisiaj jest, bo są szpitale, które w części mają elektroniczną dokumentację, a w części nie mają, więc potrzebują tylko dokupić pewne moduły albo więcej sprzętu. Są przychodnie czy szpitale, które tak działają w 100-procentach i tam koszty wdrożenia były inne niż w innych. Jak mówiłem, zawsze jest to kwesta indywidualnego policzenia potrzeb i możliwości wykorzystania sprzętu, który dzisiaj już tam funkcjonuje.

Czy Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględnia koszty e-dokumentacji w kontraktach? Szanowni państwo, NFZ płaci za leczenie. W ramach procedur, za które płaci NFZ, w ramach wyliczeń kosztów tych procedur, są też koszty ogólnego zarządu, koszty działania tej jednostki, a nie tylko leki i wynagrodzenia lekarzy i personelu. Poszczególni dyrektorzy placówek muszą się obracać w tych przychodach, jakie są. Nikt nie ma, czy nie może mieć ekstra pieniędzy w ramach kontraktu z NFZ na to czy na inne działanie, bo czegoś takiego nie ma. Jest to niezgodne z prawem. NFZ ma płacić za leczenie. W ramach kosztów poszczególnych grup pacjentów są też liczone koszty inne niż tylko pensje i zużycie leków czy sprzętu.

Kolejne pytanie – czy system ogólnopolski będzie kompatybilny z obecnie funkcjonującymi systemami w szpitalach czy przychodniach? Na dzisiaj sytuacja wygląda mniej więcej tak, że tak naprawdę dostawcy oprogramowania do szpitali czy przychodni w jakiejś części biorą udział w pracach nad produkcją całej platformy P1, bo to nie są inne firmy. To są te same firmy z rynku, i mają doskonałą wiedzę, jakie są wymagania ze strony P1 i nie zgłaszają nam absolutnie ryzyk, że na rynek będą dostarczone programy, które nie będą współpracować z platformą P1.

Jesteśmy w bardzo częstym i bliskim kontakcie ze stowarzyszeniem tych firm, które piszą to oprogramowanie. One działają w Stowarzyszeniu Twórców Oprogramowania

Rynku Medycznego, w ramach tej grupy współpracują z CSIOZ i na bieżąco monitorują tę sytuację. I jak powiedziałem, oprócz tego na jesieni tego roku będzie jeszcze środowisko testowe postawione także dla nich, żeby sprawdzili, czy wszystkie ich programy będą kompatybilne. Mamy na to ileś kolejnych miesięcy, żeby nawet jeśli nie do końca chodzi to dobrze, mogli to poprawić.

Ja też będąc jednak realistą, kilka razy w życiu zmieniałem sprzęt komputerowy i oprogramowanie, więc wiem, że na początku, przy wprowadzeniu nowego oprogramowania zawsze jakieś problemy występują, ale tutaj robimy wszystko razem z firmami, które dostarczają na rynek sprzęt, żeby ewentualne mankamenty były jak najmniejsze. Jednak – jak mówię – nie łączmy dzisiaj P1, czyli e-Zdrowia z dokumentacją medyczną w szpitalach czy przychodniach, bo to są dwa oddzielne elementy. My oczywiście możemy starać się namawiać i wspierać podmioty, żeby tę dokumentację elektroniczną wprowadzały szybciej, bo to jest rozwiązanie i lepsze, i w efekcie tańsze dla tych jednostek. Trzeba na początku wyłożyć środki.

Czy można będzie korzystać ze środków europejskich? Moim zdaniem tak, bo w tych programach zaproponowanych Komisji Europejskiej i w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych oraz w ramach środków centralnych, staramy się znaleźć spore środki na to, żeby tę informatyzację dokończyć, bo zdaję sobie sprawę z tego, że w dużych szpitalach są to koszty idące w miliony złotych. To jest prawda. Jednak w mniejszych przychodniach są to tysiące, czy dziesiątki, czy setki tysięcy złotych. Zatem będzie to różna skala potrzeb, ale niewątpliwie będziemy starać się, kiedy już wprowadzimy projekt P1 i on będzie funkcjonować, a także będą funkcjonować dokumentacja elektroniczna centralna, konto pacjenta, e-zlecenie i e-recepta, to będziemy zachęcać poprzez działania Narodowego Funduszu Zdrowia do tego, żeby jednak być w tym systemie elektronicznym, a nie w systemie papierowym. Wtedy będziemy też mieć inne bodźce dla świadczeniodawców, również pozytywne, żeby starali się to wprowadzić.

Czy w 2017 r. znowu będziemy mieli kłopot, że ileś szpitali czy przychodni będzie zgłaszać do nas czy do państwa, że nie są gotowi? Mam nadzieję, że tak nie będzie, ale dzisiaj nikt nie da państwu gwarancji, bo może być przychodnia, niekoniecznie współpracująca z NFZ, która z jakichś powodów będzie chcieć pracować na papierze, i będziemy musieli szukać innych narzędzi do tego, żeby przekonać ich do dokumentacji elektronicznej. Jednak dzisiaj sytuacja jest taka, że jest to kilkadziesiąt procent – trudno ocenić, jaka to jest liczba, bo zależy to od tego, czy cały szpital lub przychodnia jest objęta dokumentacją elektroniczną, czy tylko część oddziałów. Myślę, że spora część jednostek działa w systemie elektronicznej dokumentacji medycznej, a dla tych, które nie działają, najlepszym rozwiązaniem jest przesunięcie, prolongata tego terminu, żeby mogły normalnie funkcjonować, żeby nie było zamieszania, ale też przy okazji wszyscy powinniśmy zachęcać właścicieli tych jednostek, żeby swoich dyrektorów mobilizowali do tego, żeby na poważnie zajęli się dokumentacją elektroniczną, bo to ich czeka. Przed tym nie uciekniemy. Dzisiaj już mamy dokumentację elektroniczną w różnej formule, w różnych sektorach gospodarki. Właściwie odchodzi się od papieru. W medycynie – w ochronie zdrowia – także będziemy od papieru odchodzić. Mimo przyzwyczajeń, mimo tego, że wiele osób jeszcze dzisiaj boi się dotykać komputera, przed tym nie uciekniemy. Jednak ta ustawa, o której dzisiaj mówimy, dotyczy dokumentacji w szpitalach i przychodniach, które nie zrealizowały obowiązku ustawowego z różnych powodów, o których tu dzisiaj mówiliśmy. Jeżeli wiemy, że bez uszczerbku dla nich i dla pacjentów możemy przesunąć ten termin, proponowałbym, żeby tę decyzję pozytywną podjąć. Natomiast my na pewno będziemy dopingować ich do tego, żeby w miarę szybko wprowadzali tę dokumentację u siebie, bo wtedy ten duży projekt P1 ma sens – i wydane prawie 700 mln zł – kiedy to wszystko będzie już funkcjonować w sferze e-dokumentacji, a nie dokumentacji papierowej. To będzie z korzyścią dla pacjenta, żeby mógł uzyskać lepszą jakość usług w jednostkach systemu ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, oczywiście są dwie szkoły. Pierwsza to taka, że ustawa wchodzi w życie w miarę krótkim czasie i to powoduje, że osoby, do których jest kie-

rowana – w tym przypadku są to świadczeniodawcy – mają krótki termin wykonania i mobilizują się. A druga szkoła jest taka – my ją wtedy zaproponowaliśmy – że daliśmy długi, 3-letni czas na przystosowanie się do tej ustawy. Nie sprawdziło się to. Dlatego mamy te wątpliwości. Oczywiście rozumiemy w tej chwili stan, w jakim się znajdujemy. Nikt z nas nie ma wątpliwości, że obecnie chodzi przede wszystkim o dobro pacjenta, i to, że świadczeniodawcy nie są przygotowani, ale jednak wątpliwości pozostają.

Pan poseł Piontkowski prosił jeszcze o głos. Proszę.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Panie ministrze wróciłbym jednak do szacowania kosztów i liczby placówek, które nie wdrożyły tego systemu, chociażby ze względu na przyszłość, ponieważ państwo mówią o środkach unijnych, które będą potrzebne czy mogą być pomocne, aby ten problem rozwiązać. Jeżeli nie oszacujemy, ile to mniej więcej kosztuje – przyjmijmy, że trzeba wprowadzić system elektroniczny w szpitalu całościowo, od początku – to dobrze byłoby to policzyć, dla szpitala 100-łóżkowego, 20-łóżkowego, żeby były szacunki, jakiego rzędu są to koszty.

Po drugie potrzebne są dane dotyczące skali. Pan mówił o kilkudziesięciu procentach, ale kilkadziesiąt procent to i 20% i 80%, i w zależności od tego, jak duża część placówek tego nie wprowadziła, to tak duże będą potrzebne pieniądze. Jeżeli państwo nie są w stanie tego oszacować, to jak oszacują, ile środków unijnych przeznaczyć w tej perspektywie finansowej, która się rozpoczyna, na dofinansowanie placówek służby zdrowia, żeby mogły wyposażyć się w sprzęt i ewentualnie oprogramowanie. To jest warunek podstawowy, bez którego nie można przejść do szacowania środków unijnych, które są do tego potrzebne.

Wspomniał pan o tym, że kontrakt z NFZ uwzględnia, między innymi, także koszty przechodzenia na system elektroniczny, ale moje pytanie brzmiało raczej tak, że prawo w pewnym momencie zostało wprowadzone w życie i czy jednocześnie NFZ uwzględnił w wysokości kontraktów dodatkowe obowiązki nakładane na świadczeniodawcę. Bo dzisiaj, gdy rozmawiamy na posiedzeniach Komisji o funkcjonowaniu NFZ i o kontraktach, często dowiadujemy się, że kontrakt jest praktycznie tej samej wysokości co 3 lata wcześniej, nie uwzględnia więc nowych przepisów prawnych i nowych obowiązków, a jednym z nich jest prowadzenie elektronicznego systemu rejestracji pacjentów. To wiąże się z jakimiś kosztami. Trzeba więc przekazać NFZ chociażby szacunkowe dane, żeby mógł przy następnym kontraktowaniu również to uwzględnić w wysokości kontraktu.

Mówił pan również o tym, że nie można przekazać darowizną softwarowo jakichś programów, ale przecież już to państwo robili. Może nie zawsze w wersji elektronicznej, ale to, co dzisiaj robicie chociażby z podręcznikiem, czy e-podręcznikiem, który jest projektowany... To jest już inna dziedzina, bo dotyczy Ministerstwa Edukacji Narodowej, ale tam również chodzi między innymi o prawo własnościowe. I w tamtym przypadku jakoś nie przejmowaliście się prawami autorskimi i tym, czy to zaburzy rynek, czy nie. Tam, gdzie ze względów propagandowych chcieliście to zrobić, to zrobiliście, dlaczego więc w tym przypadku nie chcecie tego zrobić. Wtedy – mówił o tym pan przewodniczący Orzechowski – byłoby to dużo łatwiejsze do spełnienia. Nie byłoby tego problemu, czy programy wdrażane w poszczególnych szpitalach, przychodniach i u lekarzy rodzinnych są kompatybilne z P1. Pan minister twierdził, że nie ma sensu łączyć jednego i drugiego, a ja powiem, że przeciwnie, trzeba to łączyć, bo inaczej wprowadzenie systemu P1, który nie będzie kompatybilny z systemem dokumentacji elektronicznej we wszystkich placówkach służby zdrowia w Polsce, będzie po prostu bez sensu.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan poseł Orzechowski, proszę.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie ministrze, będę powracać do tego tematu, który również pan minister nam tu naświetlał, dotyczącego tej na razie trochę enigmatycznej przestrzeni, gdzie ktoś będzie mógł w wirtualny sposób prowadzić dokumentację elektroniczną, bo tak to zabrzmiało. Będę prosić o doprecyzowanie. Podam dwa sztandarowe przykłady ustaw, których wejście w życie było wielokrotnie odkładane. To również przykład dla opozycji,

która dzisiaj krytykuje tę ustawę, bo zarówno ustawa o wymogach sanitarnych w placówkach ochrony zdrowia, jak i ustawa o ratownictwie medycznym odnośnie do spełnienia kryteriów przez poszczególne osoby pracujące w tym systemie ratownictwa, były wielokrotnie przekładane.

Od początku uczestniczyłem w pracach nad projektem ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, i wydaje się słuszne, patrząc z punktu widzenia resortu zdrowia, a także Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby poza komercyjnymi czy niekomercyjnymi programami do obsługi platformy P1 – bo pewnie takie również się pojawią – istniał system, który będzie można pobrać bezpłatnie. Już wyjaśniam dlaczego, chociażby na przykładzie systemów operacyjnych.

Twórcy systemów operacyjnych dają uproszczone oprogramowanie dotyczące edycji tekstów czy arkuszy kalkulacyjnych. Oczywiście większość z nas korzysta z bardziej zaawansowanych, płatnych programów i pewnie tu nie będzie naruszenia zasad konkurencji, patrząc chociażby z tego punktu widzenia, o którym mówił pan poseł Piontkowski, że w przypadku e-podręcznika to też nie jest naruszenie zasad konkurencji. Zatem, prosty modelowy program. Ja tu czekam na wypowiedzi zarówno przedstawicieli izby lekarskiej, jak i izby pielęgniarskiej, bo również olbrzymia ilość praktyk pielęgniarskich będzie współpracować z tym systemem.

I wreszcie coś, czego nie mogę zrozumieć. Bo w momencie, kiedy będziemy mieć e-receptę, czy e-zlecenie, czy jakąkolwiek inną rzecz, którą finalnie na serwerach będzie obsługiwać Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, będziemy mieć dokładną informację o tym, jakie leki są proskrybowane, w jakich schorzeniach. Resort zdrowia zostanie wyposażony w narzędzia do oceny sytuacji w ochronie zdrowia, żeby można było nad tym panować – zarówno refundację leków jak i mapy, jeśli chodzi o ochronę zdrowia, bo będziemy wiedzieć na przykład, gdzie działają poszczególne placówki. Zatem, dzisiaj dla mnie kluczowe jest to, żeby w momencie, kiedy w 2017 r. ta ustawa wejdzie wreszcie życie, nie było wymówek od strony softwarowej, czyli oprogramowania, że ktoś tej ustawy nie będzie mógł używać. Stąd między innymi moja prośba i pytanie do pana ministra o doprecyzowanie tej części wypowiedzi, że coś będzie działać wirtualnie to znaczy, że ktoś będzie mógł się zalogować, jak do systemu e-WUŚ i tam prowadzić tę dokumentację, bo dla mnie jest to trochę enigmatyczne i niejasne.

Z mojego punktu widzenia – a pewnie nie tylko mojego, bo i osób, które są końcowymi użytkownikami – dostęp do prostych programów do prowadzenia dokumentacji elektronicznej i używania bezkonfliktowo platformy P1, czy kolejnych platform do e-recepty, e-zwolnienia czy kilku innych rzeczy, wydawałby się stawiać w korzystnym świetle resort zdrowia przed wejściem w życie ustawy za 3 lata. Mamy 3 lata – przygotujmy się na to, żeby na poszczególnych platformach, które będą testowane, takie bezpłatne oprogramowanie można było pobrać. Oczywiście będzie to proste oprogramowanie, pewnie nie będzie mieć takich wodotrysków, jak programy komercyjne czy niekomercyjne, ale stworzone na zewnątrz, jednak to od wyboru lekarza, pielęgniarki czy jakiegokolwiek innego pracownika ochrony zdrowia będzie zależeć, czy będzie on używać bezpłatnego oprogramowania czy też komercyjnego. W ten sposób w roku 2017, oczywiście poza problemem hardwarowym, który niewątpliwie się pojawi, czyli, na czym tego używać... Bo pewnie im bardziej zaawansowany jest system, tym bardziej zaawansowany sprzęt do używania tego, a nie wszyscy będą z tych środków unijnych korzystać.

Nie wierzę w to, że 100% placówek w ochronie zdrowia, a nawet szpitali, skorzysta z dofinansowania dokładnie na systemy informatyczne, bo tych potrzeb dotyczących poszczególnego sprzętu czy karetek będzie dużo więcej i nie wszyscy będą chcieli te pieniądze lokować w oprogramowaniu czy w sprzęcie do obsługi tego oprogramowania. A narzędzie, w które zostanie wyposażony resort zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia, dostępu *online* do tego, co się dzieje w systemie, jakie leki są proskrybowane, gdzie są wystawiane zwolnienia, w jakich schorzeniach, ma niebagatelne znaczenie dla płatnika, a wreszcie dla zarządzającego system ochrony zdrowia, jakim jest resort zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. O umożliwienie wypowiedzenia jeszcze jednego zdania prosił pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Mam jeszcze jedno pytanie. Chodzi o kwestię rygoru obowiązywania tej ustawy. Teraz Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera kontrakty do 2019 r. Jeśli na przykład będzie taka sytuacja, że od 1 sierpnia 2017 r. podmiot nie zastosuje dokumentacji elektronicznej, to co wtedy z kontraktem. Czy będzie mieć rygor wykonalności tej ustawy, czy jeszcze przez 2 lata będzie trwać kontrakt? Chodzi mi o tę spójność. Czy to jest brane pod uwagę?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Panie ministrze, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Jeszcze raz, żeby to lepiej wybrzmiało, aby już nie było żadnych wątpliwości odnośnie do kompatybilności systemów, które działają dzisiaj w szpitalach i przychodniach z tym, co będzie w P1. Od czerwca ubiegłego roku na stronach internetowych CSIOZ wiszą reguły tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. To jest informacja dla dostawców oprogramowania, jakie wymogi będą musiały spełnić ich oprogramowania, żeby – mówiąc kolokwialnie – gadały z P1, jak wygląda poszczególny produkt. Zatem to nie jest wiedza tajemna i wprowadzanie P1 nie będzie zaskoczeniem dla nikogo na rynku, że nie chodzi system, który zaproponowali lub sprzedali szpitalom czy przychodniom. To po pierwsze.

Po drugie, żeby uniknąć potem jakichkolwiek wątpliwości, dajemy środowisko testowe na jesieni tego roku, przed produkcyjnym wprowadzeniem systemów e-Zdrowia na rynek. To będzie więc kolejny etap, żeby to sprawdzić.

Po trzecie dzisiaj nie jest problemem oprogramowanie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, bo na rynku jest ono w dużych ilościach. Ono jest dostępne u kilku dostawców – nie ma najmniejszego problemu. Zatem to nie jest problem, czy za 3 lata będzie problem z softwarem, bo już dzisiaj go nie ma. Będzie oczywiście problem z decyzją, czy wprowadzam w swojej jednostce tę dokumentację, czy nie, tak jak było do tej pory.

I oczywiście nie jest też tak, że tylko ze środków unijnych takie zmiany są wprowadzane, bo doskonale wiemy po doświadczeniach z kilku ostatnich lat, że szpitale czy przychodnie, które wprowadziły dokumentację elektroniczną, niekoniecznie korzystały ze środków europejskich. Zatem, szacowanie środków europejskich tylko pod te wydatki na e-dokumentację, jest chyba niecelowe. To będzie wsparcie, ale nie załatwi całego problemu. Mamy tego świadomość. To jest jeden z elementów.

Jeszcze raz powtarzam – w ramach P1 będzie moduł do prowadzenia prostej dokumentacji przez małe jednostki. To będzie aplikacja, którą te małe jednostki otrzymają – będą mogły ją sobie pobrać. Nie będzie się do tego kupować wielkiego softwaru. Jednak to dotyczy małych jednostek. Zatem – jak powiedziałem – to wszystko jest. Nie widzimy tutaj ryzyk, żeby oprogramowanie dotyczące e-dokumentacji oferowane dzisiaj na rynku nie współpracowało później z P1. Takich ryzyk nie ma. A jeżeli były, to zostały zniwelowane, i będą też na bieżąco korygowane w czasie testu, jaki będziemy przeprowadzać.

Dzisiaj mówimy o tym – jeszcze raz powtórzę – że dajemy szansę szpitalom i przychodniom na równoległe prowadzenie przez kolejnych kilka lat dokumentacji papierowej i elektronicznej, bo my, nawet tą ustawą, nie zmuszamy ich do dokumentacji papierowej – żebyśmy mieli tego świadomość. To jest zgoda na równoległą możliwość działania dokumentacji papierowej i dokumentacji elektronicznej i będziemy zachęcać w różny sposób do przechodzenia w tym czasie na dokumentację elektroniczną. NFZ też będzie zachęcać, ale NFZ nie może wypowiadać umów dlatego, że ktoś prowadzi dokumentację papierową a nie elektroniczną.

I pytanie, które zadał pan poseł Hoc na koniec – co będzie, jeżeli będzie mieli kontrakt? Jeżeli będzie tak, że ustawa nie będzie przedłużona, w 2017 r. będzie tylko obligo wprowadzenia dokumentacji elektronicznej a nie papierowej, to po prostu ten świadczeniodawca będzie łamać prawo. To nie jest równoznaczne z wypowiedzeniem kontraktu, bo kontrakt dotyczy leczenia ludzi, a nie przestrzegania prawa, ale niewątpliwie będzie

to element powodujący, być może, problemy z rozliczaniem kontraktu, i być może NFZ będzie musiał reagować.

Miejmy też świadomość tego, że ci wszyscy, którzy zarządzają tymi jednostkami, biorą odpowiedzialność za to, jak przestrzega się prawa w ich jednostkach. Naszym celem jest doprowadzenie do tego, aby do małych przychodni czy gabinetów dostarczyć uproszczone oprogramowanie – i to jest w ramach projektu P1. Natomiast tam, gdzie to jest bardziej skomplikowana struktura, wymaga to specjalistycznego oprogramowania dostosowanego do danej jednostki, bo nie jest tak, że da się kupić modułowe oprogramowanie, które będzie działać w każdym innym szpitalu, tak samo, jak w tym podstawowym. Niestety, trzeba indywidualnie zakupywać sprzęt i oprogramowanie do poszczególnych jednostek. Nie można tego zrobić w sposób centralny. Powtarzam – dzisiaj przedłużamy możliwość działania dokumentacji papierowej, co nie zmienia faktu, że ktoś, kto dzisiaj chce przejść na dokumentację elektroniczną, to przejdzie, i będzie od nas mieć wsparcie w tym działaniu.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję. Więcej zgłoszeń nie było. W ten sposób zakończyliśmy pierwsze czytanie zgłoszonego projektu ustawy. Przystępujemy do procedowania zgłoszonego projektu.

Tytuł – o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Czy ktoś z państwa ma uwagi do tytułu? Jeżeli nie będzie żadnych zgłoszeń, uznam, że tytuł zostanie przyjęty. Nie ma żadnych głosów przeciw, w związku z tym tytuł został przyjęty.

Art. 1. Czy ktoś z państwa posłów ma uwagi do art. 1? Pani poseł. Proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Mam pytanie. Jeśli nie wiemy, jaki jest stan, i nie wiemy, jak to będzie, to przedłużmy obowiązywanie tej ustawy w nieskończoność, bo spotkamy się za rok czy za 2 lata i znowu będziemy to przedłużać. Jakie jest uzasadnienie tego, że to jest rok 2017?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy ktoś ma jeszcze pytania? Pan poseł wnioskodawca chce się odnieść.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Wydaje mi się, że nawet nie ma takiej możliwości, żebyśmy ustawę odłożyli w nieskończoność. Taka jest moja uwaga. To raczej Biuro Legislacyjne powinno się wypowiedzieć w tej kwestii.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy Biuro Legislacyjne...

Poseł Jarosław Katulski (PO):

...nie, czy istnieje pojęcie nieskończoność. Bo pani poseł wyraźnie zasugerowała, żeby w nieskończoność odłożyć...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bezterminowo.

Legislator Bogdan Cichy:

Jeśli można, to chcielibyśmy poprosić o konkretną poprawkę, co pani poseł proponuje zmienić w art. 1.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy pani poseł zgłasza poprawkę do tego artykułu? Jeżeli tak, to bardzo proszę o złożenie pisemnej poprawki do prezydium.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja zadaję pytanie, dlaczego jest termin 31 lipca 2017 rokuj. Mam prawo to wiedzieć – bo coś się stanie, bo coś się zmieni...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, zawsze, przy każdej ustawie jest wyznaczony jakiś termin. Jeżeli pani ma zastrzeżenia... Ale ja pani odpowiadam. Jeżeli ma pani zastrzeżenia do tej daty,

to proszę o konkretną poprawkę. Będziemy ją głosować. Nie ma poprawki. Czy tak? Dziękuję. Pan poseł.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

To j, idąc za głosem pani profesor, zaproponowałbym zmianę daty na przykład na 1 stycznia 2018 r. Być może łatwiej będzie tym jednostkom wraz z zakończeniem roku budżetowego, finansowego przejść także na nowy system dokumentacji elektronicznej, a nie przechodzić w trakcie roku budżetowego. Bo część jednostek, niestety, może znowu podejść do tej sytuacji podobnie jak dzisiaj, że z jakichś powodów zwleka z wdrożeniem systemu elektronicznego obiegu dokumentacji medycznej i nagle wprowadzałoby to w ciągu roku budżetowego. Może łatwiej byłoby, żeby to obowiązywało, na przykład, od 1 stycznia 2018 r.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy pan minister chce się odnieść do tego?

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Tak naprawdę, to nie dotyczy żadnych działań księgowych. Czy to będzie 1 lipca, 1 grudnia czy1 maja, nie ma większego znaczenia. Przestrzegałbym jednak przed 1 stycznia z prostej przyczyny. Wiemy doskonale, że wszystkie zmiany w ochronie zdrowia wprowadzone 1 stycznia, kiedy mamy Nowy Rok, Sylwestra, powodują nieprawdopodobne zamieszanie u świadczeniodawców. Nawet gdyby z dobrą wolą świadczeniodawca chciał przejść na dokumentację elektroniczną 1 stycznia, kiedy mamy spowolnioną pracę różnych firm, które wspomagają szpitale... Przypomnę, że 1 stycznia jest Nowy Rok. Szpital oczywiście działa, są pacjenci, natomiast dokumentacja elektroniczna może w tym momencie nie zadziałać, a firma, która ma pomóc nie wesprze, bo ludzie są na urlopach. Termin 1 stycznia jest generalnie ryzykowny, a w tym przypadku szczególnie, i nie ma żadnego powiązania z rokiem budżetowym, bo to nie ma nic wspólnego z księgowością, z rachunkiem bankowym, bilansem. Dokumentację elektroniczną wprowadza się etapowo. Nie wprowadza się jej jednego dnia. Ona jest wprowadzana przez kilka miesięcy, zanim zacznie funkcjonować normalnie. To jest raczej data zabita, żeby tę inwestycję zakończyć, a nie, żeby ją wprowadzać. To nie jest tak, że po odpaleniu ten system działa. Tu każda data jest do przyjęcia, tylko – jak mówiłem – 1 stycznia, to duże ryzyko, bo rzeczywiście, jeżeli ktoś się do niej bardzo przywiąże, to może mieć potem kłopot w swojej jednostce.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy są jakieś uwagi ze strony Biura Legislacyjnego do tego artykułu?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy zastrzeżeń, ale wiemy, że powinna być zgłoszona poprawka do art. 1.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy pan poseł wnioskodawca coś na ten temat ma do powiedzenia?

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Już za chwilę napiszę...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Chciałbym zaproponować poprawkę i w formie pisemnej złożę ją za moment do sekretariatu. Proponuję poprawkę w takim brzmieniu: „W projekcie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, art. 1 otrzymuje brzmienie: »Art. 58 Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem art. 7 ust. 1 pkt 3 i 4, art. 11 oraz art. 50 pkt 1, które wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2017 r.«”. To jest właśnie poprawka, która spowoduje, że ta ustawa wejdzie w życie niezwłocznie, kiedy zostanie podpisana.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Mam pytanie do pana posła Piontkowskiego. Rozumiem, że pan też przygotowuje poprawkę. Czy tak?

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Tak.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Rozumiem, panie mecenasie, że mamy dwie poprawki. Czy tak?

Legislator Bogdan Cichy:

Jeżeli chodzi o tę poprawkę pan poseł tu wpisał, żeby w ust. 1 wyrazy „31 lipca 2017 r. zastąpić wyrazami „1 stycznia 2018 r.”. Z naszej strony byłaby propozycja, żeby zamiast 1 stycznia był to 31 grudnia 2017 r., natomiast gdyby państwo przyjęli tę poprawkę, jej konsekwencją jest również zmiana w ust. 2 wyrazów „od dnia 1 sierpnia 2017 r.” na wyrazy „od dnia 1 stycznia 2018 r.”. Gdyby pan poseł z taką korektą się zgodził, to tę poprawkę proponujemy poddać pod głosowanie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dobrze. W takim razie, mamy dwie poprawki. Pierwszą będziemy głosować poprawkę zgłoszoną przez pana posła Piontkowskiego, o zmianę terminu na dzień 31 grudnia 2017 r.

Przystępujemy do głosowania. Kto z pań i panów posłów jest... Przepraszam, jeszcze strona rządowa. Przepraszam zapomniałam.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Poprawka pana posła Katulskiego jest konsekwencją niejako rozszerzenia art. 1, natomiast poprawka pana posła Piontkowskiego wydłuża termin tego obowiązku do stycznia 2018 r. Wolelibyśmy jednak zachować termin trzech lat, czyli sierpień 2017 r., z dwóch powodów. Pierwszy powód jest taki, że w ramach konsultacji społecznych, które były przy projekcie rządowym, ta data była proponowana i została ona przyjęta w tych konsultacjach z przedstawicielami samorządów i innych stron. A po drugie, w przypadku wprowadzenia i już działania systemów w ramach P1, będziemy także mieć do czynienia z ewaluacją tego projektu i sprawdzaniem, czy osiągnęliśmy wskaźniki odpowiednie do założonego w planie. Zatem, wolelibyśmy nie wydłużać tego terminu ponad 3 lata. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Przystępujemy do głosowania. Kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem poprawki zgłoszonej przez pana posła Piontkowskiego? Kto z państwa jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Za było 5 głosów, 16 przeciw, 2 osoby wstrzymały się od głosu. Poprawka nie uzyskała poparcia.

Przystępujemy do głosowania nad drugą poprawką, którą zgłaszał wnioskodawca, pan poseł Katulski. Kto z państwa jest za przyjęciem zgłoszonej poprawki? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Za głosowało16 posłów, głosów przeciw nie było, 7 się wstrzymało. Poprawka uzyskała poparcie.

Art. 2. Panie mecenasie, wydaje mi się, że w tej sytuacji art. 2 jest bezzasadny. Czy tak?

Legislator Bogdan Cichy:

Z naszej strony byłaby propozycja, żeby art. 2 otrzymał brzmienie: „Ustawa wchodzi w życie z dniem 31 lipca 2014 r.”.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Kto z państwa chce zabrać głos na ten temat? Przystępujemy do głosowania. Kto jest za przyjęciem art. 2 w brzmieniu: „31...”?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

W kwestii formalnej. Nie wiem, czy pan mecenas się ze mną zgodzi. Ktoś musi tę poprawkę sformułować i ją podpisać, bo to jest sugestia Biura Legislacyjnego. Ktoś musi to fizycznie wykonać.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Poseł wnioskodawca.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Oczywiście pan przewodniczący słusznie zwrócił uwagę. Zaraz podpiszę stosowną poprawkę.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

To przepraszam. Proszę to zrobić i będziemy głosować.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Poprawka została podpisana. W związku z tym, przystępujemy do głosowania.

Kto z państwa jest za poprawką wniesioną do art. 2, równocześnie z art. 2? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję.

Za było 15 posłów, przeciw nie był nikt i 7 posłów wstrzymało się od głosu.

W takim razie, przystępujemy do procedowania nad całością zgłoszonej nowelizacji. Kto z państwa jest za przyjęciem wniesionego projektu nowelizacji? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Za przyjęciem projektu było 16 posłów, 7 posłów wstrzymało się od głosu. W ten sposób projekt uzyskał poparcie.

Na sprawozdawcę Komisji proponuję pana posła Jarosława Katulskiego. Czy ktoś z państwa jest przeciw? Nie widzę zgłoszeń. Panie pośle, został pan sprawozdawcą.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Zgadzam się.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

I termin dla MSZ – dzisiaj do godziny 16.00. Dziękuję bardzo. Zamykam ten punkt obrad Komisji. Ogłaszam 5 minut przerwy.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przechodzimy do procedowania drugiego punktu dzisiejszego porządku obrad. W tym punkcie oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Dziękuję bardzo. Sprawozdanie zawiera syntetyczne omówienie wykonania zadań finansowanych z budżetu państwa w ramach ustawy budżetowej za rok 2013, w częściach 46, 83 i 85 i dodatkowo Państwowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, planu finansowego instytucji gospodarki budżetowej, planu finansowego Agencji Oceny Technologii Medycznych. Ponadto omówione zostały wydatki na realizację specjalizacji medycznych, staży podyplomowych lekarzy, lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych ze środków Funduszu Pracy, a także wydatki z budżetu środków europejskich.

Plan wydatków na rok 2013 w części 46 wynosił, według ustawy budżetowej, 225.000 tys. zł i został wykonany w kwocie 231.000 tys. zł, to jest w 105,5%. Dochody te dotyczą przede wszystkim wpływów z tytułu opłat rejestracyjnych za dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych, wpis do Rejestru Wyrobów Leczniczych. Plan wydatków budżetowych w części 46 – Zdrowie, według ustawy budżetowej, wynosił 3.700.000 tys. zł. W ciągu roku został zwiększony do kwoty 4.400.000 tys. zł, a wykonany w kwocie 4.300.000 tys. zł.

Wydatki na administrację, czyli utrzymanie urzędu, kształtowały się na poziomie 60.000 tys. zł, co stanowi 86,6% planu. Wydatki te stanowią 1,4% wydatków w części 46 – Zdrowie. W ramach tych wydatków 9000 tys. zł przeznaczonych było na usługę wdrażania funduszy europejskich. Około 35% wszystkich wydatków będących w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia przeznaczonych jest na szkolnictwo wyższe. Na ten cel wydatko-

wano w 2013 r. 1.504.000 tys. zł, czyli 100% planu, z czego 1.372.000 tys. zł na dotację dydaktyczną dla 12 uczelni i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

W roku 2013 w uczelniach medycznych kształciło się ponad 66 tys. studentów, w tym na studiach stacjonarnych około 53 tys. osób. Uczelnie medyczne w roku 2013 ukończyło 12.200 absolwentów studiów stacjonarnych i 4300 absolwentów studiów niestacjonarnych.

W dziale – ochrona zdrowia największe wydatki były ponoszone na realizację programów polityki zdrowotnej, finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, programy wieloletnie i inwestycje oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Wykonanie planu w dziale – ochrona zdrowia wynosiło 2.700.000 tys. zł, co stanowi 96% planu po zmianach.

Na programy polityki zdrowotnej wydatkowano 883.000 tys. zł, co stanowi 98,5% planu. Największe wydatki dotyczyły następujących programów: program wieloletni ustanowiony ustawą z 2005 r., czyli „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych", na którego realizację wydatkowano 245.000 tys. zł., program leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV w Polsce z budżetem w wysokości 280.000 tys. zł – był przeznaczony na zakup leków antyretrowirusowych, „Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne" – tu kwota wynosiła 242.000 tys. zł i przeznaczona była na zakup czynników krzepnięcia dla chorych, „Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej" – przeznaczona była kwota 40.000 tys. zł, głównie na modernizację oraz doposażenie ośrodków transplantacyjnych.

Duża grupa wydatków w dziale – ochrona zdrowia wiąże się z realizacją świadczeń wysokospecjalistycznych. Plan po zmianach na rok 2013 wynosił 381.700 tys. zł. W ciągu roku przekazano świadczeniodawcom środki w wysokości 373.800 tys. zł. Największe środki zostały przekazane na procedurę „operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym" i była to kwota ponad 180.000 tys. zł.

Znaczące wydatki w części 46 dotyczą realizacji inwestycji. Na wszystkie wydatki majątkowe w budżecie Ministra Zdrowia zaplanowano po zmianach 774.000 tys. zł. Plan został wykonany na poziomie 91,9%, to jest w wysokości 711.000 tys. zł, z czego 227.000 tys. zł przeznaczonych było na wspomniane programy profilaktyki zdrowotnej, 380.000 tys. zł na inwestycje w szpitalach ogólnych i klinicznych, 35.000 tys. zł na inwestycje w zakresie szkolnictwa wyższego, 62.000 tys. zł na współfinansowanie projektów z udziałem środków Unii Europejskiej oraz 7000 tys. zł na pozostałe zadania.

W roku 2013 realizowanych było 5 inwestycji wieloletnich o łącznej wartości kosztorysowej 2.800.000 tys. zł. W roku ubiegłym przeznaczono kwotę 343.000 tys. zł, a wydatkowano 302.000 tys. zł. Były to programy: przebudowy i rozbudowy Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku – wydatkowana kwota to 60.000 tys. zł, wieloletni program medyczny rozbudowy i modernizacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy – 36.000 tys. zł, nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie – kwota 3000 tys. zł, Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie – kwota 159.000 tys. zł, Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie – kwota 43.000 tys. zł. Poza wymienionymi programami wieloletnimi i projektami współfinansowanymi ze środków Unii Europejskiej, realizowanych było 29 innych inwestycji budowlanych, na które wydatkowano 75.000 tys. Zł.

Z części 46 były również finansowane projekty z udziałem funduszy europejskich. W ustawie budżetowej na rok 2013 wyodrębniono dwa źródła finansowania projektów realizowanych z udziałem środków europejskich – budżetu państwa oraz budżetu środków europejskich. Łącznie z zaplanowanych w budżecie państwa środków krajowych w wysokości 105.000 tys. zł wydatkowano na ten cel 91.000 tys. zł, z czego 29.000 tys. zł na wydatki bieżące, a na wydatki majątkowe 62.000 tys. zł.

Znaczna część wydatków ponoszonych w części 46 ma charakter dotacyjny, podmiotowy lub celowy. Dotacje podmiotowe, to przede wszystkim środki związane z finansowaniem szkół wyższych. Na ten cel przeznaczono prawie 1.400.000 tys. zł – na działalność dydaktyczną – oraz 97.000 tys. zł na pomoc materialną dla studentów.

W ochronie zdrowia dotacje podmiotowe przeznaczono dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w kwocie 105.000

tys. zł oraz dla Agencji Oceny Technologii Medycznych w kwocie 6000 tys. zł. W roku 2013 przekazano również dotację podmiotową na funkcjonowanie Głównej Biblioteki Lekarskiej – 14.000 tys. zł, a łącznie na dotacje podmiotowe wydatkowano 1.592.000 tys. zł.

Na dotacje celowe wykorzystano kwotę 939.000 tys. zł. Przeznaczoną ją przede wszystkim na finansowanie inwestycji w uczelniach medycznych – kwota 420.000 tys. zł, na dofinansowanie zadań statutowych realizowanych przez RCKiK – 94.000 tys. zł, na zadania zlecone fundacjom i stowarzyszeniom z zakresu profilaktyki AIDS – 8000 tys. zł, dla Narodowego Funduszu Zdrowia na sfinansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych – 135.000 tys. zł, na realizację programu wieloletniego „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego…” – kwota 224.000 tys. zł.

Wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych wynosiły w 2013 r. 150.000 tys. zł, to jest 98%, w tym w grupie pracowników nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń 72.000 tys. zł, a w grupie członków korpusu służby cywilnej 74.000 tys. zł. Przeciętne wynagrodzenie ogółem w części 46 wynosiło 4672 zł.

Kolejnym punktem jest omówienie rezerwy celowej w pozycji 49. W ustawie budżetowej na rok 2013 była to jedyna rezerwa celowa na wsparcie podmiotów, które przekształcą samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Rezerwa została wykorzystana, w tym 230.000 tys. zł przeznaczono na dotacje wspierające przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, 296.000 tys. zł – w wyniku zmiany przeznaczenia – zostało przeznaczone na dofinansowanie zadań z części 46, czyli na Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, realizację programu leczenia antyretrowirusowego, realizację „Narodowego programu leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych”, realizację Programu Szczepień Ochronnych, zakup immunoglobuliny i finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych.

Dysponentem rezerwy celowej ujętej w pozycji 48 – wydatki na działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – był Minister Finansów, który uruchamiał środki na wnioski właściwych wojewodów. Plan według ustawy wynosił 3600 tys. zł, i taka kwota została wydatkowana.

Dochody w części 85 – Budżety wojewodów zostały zaplanowane na 124.000 tys. zł, i tyle zostało wykonanych. W planie wydatków przyjęto kwotę 3.922.000 tys. zł, która w trakcie roku została zwiększona do wysokości 4.169.000 tys. zł. Zwiększenie wydatków nastąpiło w wyniku dokonywanych w ciągu rok zmian, wynikających głównie z rozdysponowywania rezerwy ogólnej budżetu państwa, rezerw celowych oraz rezerw utworzonych w budżetach wojewodów, a dotyczyło, między innymi, wydatków na sfinansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne świadczeniodawców nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz na Inspekcję Sanitarną. Ostatecznie wydatki zrealizowano – tak, jak już wspomniałem – na kwotę 4.160.000 tys. zł.

Dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań administracji rządowej oraz innych zleconych ustawami, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, przeznaczone były dla gmin, powiatów i województw, głównie na finansowanie składek, na ubezpieczenie zdrowotne dzieci szkół podstawowych, gimnazjalnych, ponad gimnazjalnych i przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W 2013 r. dotacje wynosiły 1.332.000 tys. zł, z czego dla gmin 3000 tys. zł, dla powiatów 1.300.000 tys. zł, dla samorządów województw 700 tys. zł. Wydatki poniesione w roku 2013 z części 85 na wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych wyniosły 617.000 tys. zł, w tym w grupie pracowników nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń 604.000 tys. zł, a w grupie członków korpusu służby cywilnej 13.000 tys. zł.

Państwowy fundusz celowy, Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, został utworzony na podstawie ustawy o grach hazardowych w roku 2009. Dochodem tego funduszu celowego jest 3-procentowy wpływ z opłat z gier objętych monopolem państwa. Wydatki przeznacza się na zadania związane z prowadzeniem działalności informacyjno-edukacyjnej, opracowaniem i wdrażaniem nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu. W ciągu roku 2013 z powyższego Funduszu wydatkowano kwotę 10.000 tys. zł.

Kolejnym zagadnieniem są realizowane przez Ministra Zdrowia programy wieloletnie. Realizowanych jest 7 programów wieloletnich. Ich realizacja przedstawia się następująco. „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" – planowane nakłady na realizację to 250.000 tys. zł, natomiast wykonanie wyniosło 245.000 tys. zł. W ramach wydatków inwestycyjnych zakupiono sprzęt do radioterapii, torakochirurgii, leczenia białaczek i aparaturę diagnostyczną. W ramach wydatków bieżących kontynuowane były dotychczasowe zadania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów oraz programów edukacyjnych.

Program Wieloletni „Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej" – planowane nakłady na realizację programu w 2013 r. wynosiły 45.000 tys. zł, a wydatkowanie 40.000 tys. zł. Celem programu był rozwój medycyny transplantacyjnej w Polsce, natomiast miernikiem była liczba przeszczepień narządów od dawcy zmarłego na 1 mln mieszkańców. Planowana wartość miernika wynosiła 38, natomiast wykonanie wyniosło 41. W ramach realizacji programu w 2013 r. wykonano akcje promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie pobrań narządów od osób zmarłych i przeszczepów tych narządów.

Program Wieloletni „Szpital Pediatryczny...", o którym mówiłem. na rok 2013 zaplanowane było 197.000 tys. zł, wykonanie wyniosło 159.000 tys. zł. Celem programu jest budowa szpitala pediatrycznego.

Program Wieloletni „Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim" – planowane nakłady na rok 2013 wynosiły 3400 tys. zł, wykonanie wyniosło 2900 tys. zł. celem programu jest budowa nowego obiektu. W roku 2013 uniwersytet zakończył wycinkę drzew i rozpoczął prace budowlane z zagospodarowaniem miejsca pod budowę. Obecnie jest na etapie wyłonienia głównego inwestora. Do dnia 30 czerwca mają być ogłoszone szczegółowe warunki specyfikacji i najprawdopodobniej w roku 2014 już dojdzie do tego wyboru.

Wieloletni Program Medyczny Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy – tu nakłady były zaplanowane w kwocie 36.500 tys. zł, i tyle wydatkowano. Chodzi o przebudowę i rozbudowę szpitala uniwersyteckiego. Miernikiem jest zaawansowanie inwestycji. Planowana wartość w roku 2013 wyniosła 76% zaawansowania, i tyle wykonano.

Na przebudowę i rozbudowę Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku planowano nakłady w wysokości 62.000 tys. zł, i tyle wyniosło całkowite wykonanie. Chodzi tu o rozbudowę i przebudowę szpitala o łącznej powierzchni 56 tys. m². Założeniem było osiągnięcie miernika 38% zaawansowania robót, i taki został wykonany.

Program Wieloletni „Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie – nakłady były zaplanowane w kwocie 46.000 tys. zł, a wykonanie wyniosło 43.000 tys. zł. Wartość miernika w roku 2013 wynosiła 27, natomiast wykonanie wyniosło 25%.

W roku 2013, w ramach części 46 – Zdrowie, prowadzona była również gospodarka pozabudżetowa w formie instytucji gospodarki budżetowej przez Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie. Przychody tej jednostki wyniosły 1317 tys. zł, a koszty 1382 tys. zł, czyli jednostka poniosła stratę w wysokości 66 tys. zł.

Kolejną pozycją w porządku jest omówienie wykonania planu AOTM. Zgodnie z zatwierdzonym planem Agencji Oceny Technologii Medycznych, przychody zostały zaplanowane w kwocie 12.100 tys. zł, przy kosztach w wysokości 12.100 tys. zł, natomiast wykonanie planu po stronie przychodów wyniosło 13.800 tys. zł, a koszty działalności 9600 tys. zł. Różnica między uzyskanymi przychodami dała wynik finansowy w wysokości 4200 tys. zł.

W budżecie środków europejskich ujęto wydatki przeznaczone na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich, polegające na refundacji, z wyłączeniem wydatków przeznaczonych na realizację projektów pomocy technicznej. Z zaplanowanych w budżecie środków europejskich w wysokości 540 tys. zł wydatkowano 517 tys. zł. Największe środki zostały przeznaczone na realizacje Programów Operacyjnych: Infrastruktura i Środowisko – 222.000 tys. zł, Innowacyjna Gospodarka – 196.000 tys. zł oraz Kapitał Ludzki – 75.000 tys. zł.

Na zakończenie należy również wspomnieć o zadaniu realizowanym ze środków Funduszu Pracy, to jest specjalizacji medycznych oraz staży podyplomowych lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych. Kwota przeznaczona na ten cel wynosiła 835.000 tys. zł, a została wykorzystana w 96,7%, to jest w kwocie 808.000 tys. zł. Na podstawie umów zawartych między Ministrem Zdrowia a marszałkami województw, finansowane też były staże podyplomowe dla ponad 8 tys. lekarzy. Przeznaczono na ten cel kwotę 173.000 tys. zł. W ramach realizacji szkoleń specjalistycznych, odbywających się w trybie rezydentur, finansowanych było 4 tys. umów zawartych z zakładami zatrudniającymi rezydentów dla ponad 14,5 tys. lekarzy. Wydatkowano na ten cel 628.000 tys. zł.

Dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych obejmowało w roku ubiegłym 222 edycje szkoleń specjalizacji dla 4847 miejsc szkoleniowych. Wydatkowano na ten cel kwotę 6500 tys. zł. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę jeszcze o zabranie głosu... Mamy też sprawozdanie Rzecznika Prawa Pacjenta, więc proszę bardzo, pani minister. Ze swojej strony jeszcze dopowiem, że pan minister zrobił to bardzo szeroko. Mamy materiały, więc chyba nie potrzeba ich aż tak szczegółowo omawiać. Ewentualnie będą pytania. Bardzo proszę.

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowne panie posłanki i panowie posłowie, szanowni goście, Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w części 66 – Rzecznik Praw Pacjenta za rok 2013.

Dochody budżetowe zostały określone w ustawie budżetowej na 2013 r. dla części 66 – Rzecznik Praw Pacjenta w wysokości 1 tys. zł. Dochody budżetowe w 2013 r. zrealizowano w wysokości 6 tys. zł. Powyższa kwota dotyczyła zwrotu wydatków wykonanych w roku 2012.

Wydatki budżetowe zostały określone w ustawie budżetowej na 2013 r. dla części 66 – Rzecznik Praw Pacjenta w wysokości 11.326 tys. zł i były wyższe o 3068 tys. zł w porównaniu z rokiem ubiegłym, czyli 2012.

Wzrost planowanych wydatków na 2013 r., w porównaniu z ustawą budżetową na rok 2012, spowodowany jest dostosowaniem budżetu Rzecznika Praw Pacjenta do założeń zawartych w uzasadnieniu do projektu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. To jest 11.000 tys. zł w pierwszym roku działalności przy zatrudnieniu na poziomie 110 etatów. Dopiero po prawie czterech latach funkcjonowania Biura przyznano Rzecznikowi budżet zakładany na rok 2009.

Wydatki budżetowe zostały zrealizowane w 100-procentach planowanej kwoty. Warunkami umożliwiającymi pełne wykorzystanie środków przyznanych na sfinansowanie działalności Rzecznika Praw Pacjenta było przeniesienie niektórych pozycji między paragrafami klasyfikacji wydatków budżetowych na mocy art. 171 ustawy o finansach publicznych. Przeniesienie środków wynikało z potrzeby oszczędności w jednych pozycjach wydatków oraz zwiększonych potrzeb w innych.

Zmniejszeniu uległy, między innymi, następujące wydatki – na wynagrodzenia bezosobowe, zakup energii, zakup usług remontowych, zakup usług telefonii komórkowej, zakup usług telefonii stacjonarnej, opłaty za administrowanie i czynsze. Zwiększeniu uległy, między innymi, następujące wydatki – zakup usług pozostałych, zakup materiałów i wyposażenia, zakup usługi do sieci Internet, podróży służbowych i krajowych, szkolenia członków korpusu służby cywilnej oraz pracowników niebędących członkami służby cywilnej plus wydatki majątkowe

Zrealizowane wydatki bieżące w 2013 r. wyniosły 11.083 tys. zł, co stanowi 100% planu po zmianach. W grupie wydatków bieżących 69,71% stanowiły wydatki na wynagrodzenia wraz z pochodnymi na łączną kwotę 7726 tys. zł, w tym 303 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenie roczne za rok 2012.

Zatrudnienie i wynagrodzenia. Średnie przeciętne miesięczne zatrudnienie w Biurze wyniosło ogółem 106 etatów, w tym wyższe stanowiska państwowe – 2 etaty, członkowie korpusu służby cywilnej – 87 etatów, osoby nieobjęte mnożnikowymi systemami wynagrodzenia – 17 etatów. Średnie przeciętne miesięczne wynagrodzenie w biurze wynio-

sło 5076,57 zł brutto. Jeśli chodzi o wyższe stanowiska państwowe, to jest 11.027,38 zł brutto. Członkowie korpusu służby cywilnej – 5227,83 zł brutto plus osoby nieobjęte mnożnikowymi systemami wynagrodzenia – 3600 zł brutto. Ponadto, w roku 2013 na wydatki związane z wynagrodzeniami bezosobowymi Biuro Rzecznika Praw Pacjenta planowało przeznaczyć kwotę 230 tys. zł, natomiast wykonanie wydatków wyniosło 159 tys. zł – spadek w stosunku do planu zapisanego w ustawie budżetowej na 2013 r. o 30,87%, to jest o 71 tys. zł. Powyższe wydatki nie były finansowane ze środków pochodzących z rezerw celowych, nie dotyczyły wynagrodzeń wypłacanych w związku z postępowaniami przygotowawczymi i sądowymi.

W ustawie budżetowej na 2013 r., w części 66, na wydatki majątkowe zaplanowano kwotę w wysokości 100 tys. zł. W wyniku dokonania zmian w ciągu roku, budżet na 2013 r. w tym zakresie zamknął się kwotą 228 tys. zł. W porównaniu z rokiem 2012 wydatki majątkowe były większe o kwotę 60 tys. zł. Wydatki majątkowe w 2013 r. zostały wykonane na poziomie 100% planu po zmianach.

W roku 2013 Rzecznik Praw Pacjenta nie realizował wydatków ze środków pochodzących z rezerw celowych oraz rezerwy ogólnej.

Podsumowanie. Wszystkie poniesione w roku 2013 wydatki były celowe, sprawdzone pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym, zapewniające prawidłowe funkcjonowanie Biura oraz Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Wydatki kwalifikowane były zgodnie z obowiązującą klasyfikacją budżetową i zatwierdzonym planem finansowym. Zobowiązania regulowane były terminowo. W 2013 r., w części 66 budżetu państwa, nie realizowano wydatków z budżetu środków europejskich. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze przedstawiciel Najwyższej Izby Kontroli. Proszę bardzo. Później przejdziemy do dyskusji.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Piotr Wasilewski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, oceniła wykonanie budżetu państwa w 2013 r. w części 46 – Zdrowie. Oceniając realizację budżetu opieraliśmy się na zobiektywizowanych wskaźnikach opracowanych przez NIK i stosowanych w odniesieniu do wszystkich części budżetu państwa. Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenę uzasadnia ich wymiar finansowy. Stwierdzone nieprawidłowości nie przekraczały progów przyjętych dla kontroli budżetowej. Pragnę jednocześnie podkreślić, że stwierdzone przez nas nieprawidłowości naruszały kryteria legalności, rzetelności, jednak w żadnym przypadku nie zakwestionowaliśmy celowości działań podejmowanych w 2013 r. przez Ministra Zdrowia i wydatkowych w związku z tym środków finansowych.

W toku kontroli stwierdziliśmy następujące nieprawidłowości. Nie określono sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa w odniesieniu do ponad 5 mln osób ujawnionych w systemie e-WUŚ, o wartości – według NFZ – ponad 945.000 tys. zł, a zespół powołany przez Ministra Zdrowia, który miał wykonać to zadanie, powołany został dopiero w lutym 2014 r.

Dotacje dla NFZ w wysokości 88.400 tys. zł, na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej za okres styczeń-wrzesień 2013 r., przekazano z przekroczeniem terminu od jednego do ośmiu miesięcy. Było to było niezgodne z §4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Nie rozpoczęto budowy nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim, pomimo że jej realizacja miała się pierwotnie zakończyć w 2012 r. Po siedmiu latach od zaakceptowania przez Ministra Zdrowia jej zaawansowanie wynosiło zaledwie 2%. Wystąpiły opóźnienia w procedurze wyboru generalnego wykonawcy. Ta procedura pierwotnie miała się zakończyć w grudniu 2013 r., ale obecnie przewiduje się, że jej zakończenie nastąpi dopiero w drugim półroczu 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na to, że procedura przetargowa prowadzona jest na podstawie dokumentacji projekto-

wej z 2011 r., która może wymagać przeprojektowania, po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia uaktualnionego programu medycznego oraz ze względu na konieczność dostosowania do obowiązujących przepisów prawnych. W ocenie NIK niezachowanie zasady optymalnego doboru metod i środków służących do realizacji tego przedsięwzięcia w sposób umożliwiający terminowe wykonanie zadań, nie odpowiadało wymogom określonym w art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy o finansach publicznych.

Nie został więc zrealizowany wniosek NIK dotyczący zaprzestania zawierania umów zleceń w warunkach określonych w art. 22 §1 Kodeksu pracy. Jak zbadaliśmy, między innymi, w okresie od lipca do grudnia 2013 r. z 32 osobami zawarto 86 umów zlecenia o wartości ponad 400 tys. zł na realizację zadań, które powinni wykonywać pracownicy w ramach obowiązków służbowych, a umowy te miały cechy umów o pracę. Treść umów wskazywała bowiem, że zlecone prace były wykonywane w określonym miejscu i czasie, pomiędzy stronami występowała zależność służbowa, a zadania miały charakter stały i ciągły.

Nie podjęto również rzetelnych działań w celu rozpatrzenia 585 wniosków beneficjentów w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Zdaniem NIK, Ministerstwo Zdrowia nie było przygotowane pod względem organizacyjnym i kadrowym do sprawnego rozpatrzenia tych wniosków. Podkreślić przy tym należy, że wnioskodawcom wyznaczono 3,5-miesięczny okres na złożenie aplikacji, natomiast ich finalne rozpatrzenie zakończone ewentualnym podpisaniem umów będzie trwać około jednego roku. Stwierdziliśmy również pewne nieprawidłowości, jeśli chodzi o ustalenie mierników w celu realizacji dwóch działań w ramach budżetu zadaniowego.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie zaopiniowała rocznie sprawozdania budżetowe i kwartalne sprawozdania w zakresie operacji finansowych. Zostały one sporządzone rzetelnie i terminowo. Przedstawiają prawdziwy obraz dochodów i wydatków oraz należności i zobowiązań, a kwoty w nich wykazywane były zgodne z danymi wynikającymi z ewidencji księgowych i sprawozdań jednostkowych.

W odniesieniu do Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie w 2013 r. planu finansowego Funduszu, ponieważ rzetelnie gospodarowano jego środkami finansowymi. Ponownie zwracamy jednak uwagę na nadmiar środków w stosunku do zgłaszanych potrzeb. Stan Funduszu, pomimo wydatkowania 10.400 tys. zł, zwiększył się o 13.900 tys. zł, i wyniósł na koniec 2013 r. 73.700 tys. zł. Zwracamy uwagę na potrzebę analizy wysokości składki stanowiącej podstawę przychodów Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz zakresu zadań finansowanych z tych środków dla uzyskania ich właściwej korelacji.

Istotne wydaje się również pełne wdrożenie procedur wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, w celu zapewnienia dostępu do środków Funduszu od początku roku kalendarzowego.

Przechodząc do części 66, powiem, że Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wykonanie budżetu państwa w 2013 r. w części 66 – Rzecznik Praw Pacjenta. Rzecznik jako dysponent części 66 prawidłowo sprawował nadzór i kontrolę nad wykonaniem tej części budżetu państwa. Przyjęte procedury nadzoru i kontroli zapewniły efektywne wykorzystanie środków finansowych pozostających w dyspozycji rzecznika. Stwierdziliśmy jedynie, iż niewielka kwota 4200 zł wydatkowana została z naruszeniem §15 ust. 6 rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 7 grudnia 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych. Ponadto w umowie najmu zawartej z WIPOL sp. z o.o. nie uregulowano sposobu rozliczeń z tytułu kosztów ponoszonych przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta na ulepszanie pomieszczeń biurowych w postaci elementów trwale związanych z budynkiem, w którym są wynajmowane te pomieszczenia. NIK zwróciła również uwagę na konieczność doprecyzowania wewnętrznej dokumentacji finansowo-księgowej – daty ujęcia w księgach rachunkowych dowodów księgowych wpływających do Biura Rzecznika po zamknięciu okresu, którego dotyczą. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

W związku z raportem Najwyższej Izby Kontroli z wykonania budżetu w części dotyczącej zdrowia, chciałabym prosić pana ministra o wyjaśnienie, jakie działania zostały podjęte, aby ustalić faktyczną liczbę pacjentów nieubezpieczonych, którzy mają prawo do świadczeń finansowanych z funduszów publicznych, i którzy nie mają prawa do takich świadczeń. Jak wynika z raportu NIK, jest to około 5 mln osób. Można by więc powiedzieć, że to jest dość istotna grupa. Chciałabym więc zapytać, jakie działania są w tym zakresie podjęte.

Drugie moje pytanie dotyczy tej wspaniałej budowli, jaką jest nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie-Prokocimiu. Czy ta budowa będzie realizowana, czy państwo postanowili odstąpić od jej realizacji, bo skoro już kilka lat trzeba projektować, przeprojektowywać, wyciąć las na działce i wykonać jeszcze kilka innych czynności, które przecież kosztują – to wszystko kosztuje – czy nie jest zasadne, by od tego odstąpić? Jeśli bowiem przez 7 lat nie można rozpocząć tej budowy, to znaczy, że ten szpital nie jest tak bardzo potrzebny, i że ani uniwersytet, ani władze Krakowa specjalnie nie przywiązują do tego wagi. Być może, z punktu widzenia potrzeb Krakowa, potrzebny jest zupełnie inny szpital.

Byłabym też zobowiązana, gdyby pan minister zechciał się jednak odnieść do tych uwag Najwyższej Izby Kontroli, które powtarzają się w kolejnych latach. Ja przejrzałam poprzednie raporty i widzę, że tu jest wiele uwag, które systematycznie się powtarzają.

Natomiast do pani rzecznik praw pacjenta kieruję następujące pytanie. Czy w Szpitalu Psychiatrycznym w Rybniku, który stał się słynny dzięki mediom, jest już zatrudniony rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, ponieważ z wielkim niepokojem obserwuję to – zapytam o to też Rzecznika Praw Obywatelskich – co w tamtym szpitalu się dzieje. Jeśli już to nagłaśnia się, jeśli ktoś od dziewięciu lat przebywa w szpitalu psychiatrycznym, to znaczy, że coś w tym nie działa. I proszę nie tłumaczyć, że to jest jeden przykład, bo to jest życie konkretnego człowieka, które toczy się w takich warunkach. A ile takich przypadków jest? My tego nie wiemy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan poseł Piontkowski.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam do pana ministra kilka pytań. Wymienił pan tutaj kwoty i programy zdrowotne, które były zrealizowane w roku 2013. Czy mógłbym uzyskać dodatkową informację dotyczącą skorelowania tych kwot z liczbą chorych na daną chorobę, jak chociażby choroba nowotworowa i kilka innych programów? Czyli, liczba osób zagrożonych daną chorobą lub chorujących, a kwoty, które zostały wydane na poszczególne choroby w tych programach.

Element drugi, pojawiający się od kilku lat – niewykorzystywanie środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Czy poza szybszym udostępnieniem tych środków ministerstwo przewiduje rozszerzenie katalogu działań, które mogły być refinansowane z tego typu funduszu?

Pan minister wspominał o tym, że rezerwa celowa na przekształcenia szpitali została wykorzystana w całości. Jednak, słuchając tego uważnie, czy czytając, można było zauważyć, że większość tej rezerwy została wydana na zupełnie inny cel. Ponad połowa tej rezerwy została przekazana na programy zdrowotne, a tylko czterdzieści kilka procent na przekształcenia szpitali. Ile ostatecznie szpitali zostało przekształconych w Polsce w ubiegłym roku i ile z nich skorzystało z takiego dofinansowania? Ile, mniej więcej, wyniosła jedna dotacja?

Pani profesor zapytała o działania, jakie podjęło ministerstwo, aby zweryfikować liczbę osób nieobjętych ubezpieczeniem, które uzyskały porady czy usługi medyczne. Natomiast pojawia się pytanie, ile pieniędzy ostatecznie na to przekazano, bo jeśli dopiero w lutym 2014 r. powołano zespół, który miał zweryfikować liczbę 5 mln, którą przekazał NFZ, jak rozumiem, to jaką dotację przekazano ostatecznie do NFZ za udzie-

lenie świadczeń osobom nieubezpieczonym. Wśród tych kwot, które padały, pojawia się kwota prawie 40.000 tys. zł, które nie zostały wykorzystane z powodu błędu ministerstwa, na rozpatrzenie wniosków ze środków Unii Europejskiej i norweskiego programu. Skąd wzięło się takie działanie ministerstwa? Czy państwo wyciągnęli jakieś konsekwencje, bo tam była informacja chyba o 585, które nie zostały rozpatrzone w terminie i w związku z tym nie można było wykorzystać 39.400 tys. zł ze środków zewnętrznych, spoza Polski?

I ostatnie pytanie dotyczy Agencji Oceny Technologii Medycznych. Skąd wzięła się różnica ponad 500 tys. zł między planem dochodów a wykonaniem dochodów w tej jednostce? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Chciałam zadać pytania, które już zadał mój poprzednik, pan poseł Piontkowski, ale może jeszcze trochę dopytam. Chodzi mi o wykorzystanie środków z rezerwy celowej na wsparcie działań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które skorzystały z możliwości przekształcenia. Jak zostały podzielone te środki i jak to wygląda w układzie poszczególnych województw? Które województwa wykorzystały najwięcej tych środków i które szpitale – o co pytał pan poseł Piontkowski – zostały przekształcone wykorzystując środki z tej rezerwy? Jaką pomoc otrzymały poszczególne szpitale?

Następne moje pytanie dotyczy środków przeznaczonych na program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. W tym zakresie zostały zakontraktowane środki dla poszczególnych podmiotów, które ten program realizują. Jak tutaj wygląda podział środków w poszczególnych województwach? Które kliniki otrzymały środki i w jakiej wysokości. Jak one są wykorzystywane i jaka jest perspektywa na najbliższy okres, bo wiem, że zapotrzebowanie na te środki jest bardzo duże?

Chciałabym również zapytać o programy norweskie. Z czego wynikał ten problem, że nie można było tych wniosków rozpatrzyć i jak to wygląda na dzisiaj, bo wiem, że w tej chwili również jest prowadzona procedura aplikowania o te środki z tych samych programów.

I jeszcze jedno pytanie – pan poseł też o to zapytał. Proszę powiedzieć, z czego wynika problem, że już po raz kolejny nie wykorzystujemy środków z funduszy hazardowych. Czy jest jakaś koncepcja, żeby przeprofilować program i wskazać cele, na jakie te środki mogłyby być wykorzystywana, bo ta pula, której nie wykorzystujemy, sukcesywnie rośnie? Z czego to wynika i jaki mamy pomysł, żeby jednak te środki wykorzystać i odpowiednio zagospodarować? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Pani poseł Kłosin, moja przedmówczyni, również wykorzystała moje pytania, ale chciałbym poruszyć kwestię wsparcia w zakresie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Panie ministrze, to jest wasz sztandarowy pomysł. Jak on jest realizowany i w ilu placówkach doszło do tego przekształcenia, do tej słynnej komercjalizacji? Czy te pieniądze, które przeznaczyliście, zostały wykorzystane, bo tutaj co prawda napisaliście 526.000 tys. zł, ale wpisaliście jeszcze zakup immunoglobuliny, „Narodowy program leczenia chorych na hemofilię”, leczenie za granicą, zakup szczepionek itd., itd. Jakie pieniądze zostały na to wykorzystane?

Wobec tego, że pozostałe moje pytania również były zadane, skupię się na sprawozdaniu Rzecznika Praw Pacjenta. Z informacji wiemy, że w stosunku do 2012 r. o 35% zwiększono wydatki, aczkolwiek pani minister uprzejmie zauważyła, że dopiero w tym roku zostały osiągnięte wskaźniki z roku 2009. Pomimo tego bardzo bym prosił o odpowiedź na takie pytania.

Jednym z zadań pani minister są sprawy odszkodowań i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych u pacjentów, a także naruszenia praw pacjentów. Z raportu NIK wynika, że mimo iż liczbę etatów zwiększono chyba o 27 – jeśli dobrze pamiętam, były 23 etaty – spadła liczba postępowań wyjaśniających przeprowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta. Czyli, jest większa liczba etatów, są większe pieniądze, natomiast zmalała liczba postępowań wyjaśniających, co z jednej strony mogłoby świadczyć o tym, że jest może lepiej w służbie zdrowia i nie trzeba takich postępowań przeprowadzać, aczkolwiek praktyka i doświadczenie świadczą o tym, że raczej tak nie jest. To pierwsza kwestia.

I druga kwestia. Jak pani minister uważa, albo czy ma pani wrażenie, jak ja i może jeszcze ktoś, że mało pani robi, albo nie za bardzo pani się udziela, jeśli chodzi o ochronę praw pacjenta nienarodzonego. Dziecko od chwili poczęcia jest podmiotem prawa – jest przez prawo chronione i jest pacjentem. Pacjentem jest nie tylko ten, kto zgłasza się na świadczenia zdrowotne, ale też ta osoba, wobec której podejmowane są działania medyczne. Dlatego mam wrażenie, że pani minister jakby omija to pole i nie za bardzo wkracza tam, gdzie powinna. Chodzi nawet o ostatnie wydarzenia. Czy pani minister podziela mój pogląd? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Na koniec ja też zapytam. Mam krótkie pytania do pana ministra. Nie powtarzając spraw, które były tu poruszane, chciałbym zapytać chociaż o jedną – Kraków-Prokocim, panie ministrze. Niech się ludzie w końcu zdecydują – zresztą to dotyczy generalnie różnych inwestycji w ochronie zdrowia – albo są zainteresowani prowadzeniem inwestycji, albo nie. To jest trochę sytuacja taka – są pieniądze z zewnątrz, podmioty się o nie ubiegają, stają czasem na głowie, szukają posłów, którzy będą przekonywać, po czym jakoś tego nie potrafią realizować. To w przypadku tej inwestycji krakowskiej jest wyjątkowo spektakularne.

I druga sprawa. Chciałbym zapytać o kwestię zakupu sprzętu i aparatury medycznej. Najpierw kwota była niższa, ale później, po zmianach, została podwyższona o ponad 2000 tys. zł. Ostatecznie wykonanie jest na poziomie 84%. Z czego to wynika? Czy ktoś się wycofał? Czy wynika to z przetargów, czy z jeszcze innych powodów? Tyle z mojej strony. Bardzo bym prosił o odpowiedź na wszystkie tu postawione pytania.

Proszę bardzo, panie ministrze... Aparatura – 43 strona. Dziękuję bardzo. Proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Dziękuję bardzo. Mam mały kłopot, bo nie chciałbym wszystkich państwa szczegółowo informować...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja też od razu dopowiem, że już niewiele minut mamy na dysponowanie salą, myślę więc, że wszyscy musimy się dyscyplinować.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Dobrze. To może zacznę od rezerwy. Przekształciło się 49 szpitali i skorzystało z ustawy – mam ich zestawienie przed sobą, łącznie z informacją o wartościach, kwotach, województwach i adresach. Jeśli można, przekazałbym je państwu poprzez Komisję, żeby nie odczytywać danych dotyczących każdego województwa oddzielnie. Dobrze? Taka byłaby odpowiedź.

Jeżeli chodzi o *in vitro*, to też pozwolę sobie elektronicznie przekazać listę tych, którzy realizowali to do 1 lipca, bo przypomnę, że od 1 lipca 2014 r. będą też nowe podmioty. Przekazałbym więc te dwie informacje, mimo że mówimy o 2013 r., ale od razu byłoby uzupełnienie, które podmioty będą na przyszłość. Tak więc, to przekażę.

Natomiast, jeżeli chodzi o problemy z budową w Krakowie-Prokocimu, prawdą jest to, że nie wszystko zależy od Ministra Zdrowia ani inwestora, jakim jest uczelnia. Chodzi tu oczywiście o walkę, jaka się toczyła w sądzie pomiędzy organizacjami ekologicznymi a uniwersytetem, odnośnie do decyzji wydanych przez Urząd Miasta. Ta długa droga skończyła się w sądzie wyrokami, które pozwoliły... Zapewne pamiętają państwo, że w zeszłym roku rozmawialiśmy o czasowym oddaleniu wycinki drzew. To się doko-

nało w marcu. Następnie inwestor w 2013 r. rozpoczął prace, jeśli chodzi o przygotowanie pod budowę, czyli doprowadzenie energii, i pozostałych mediów, żeby można było budować. Od zeszłego roku trwa etap wyboru wykonawcy generalnego. Tak jak mówiłem prezentując informację, do końca czerwca 2014 r. – czyli, zostaje już mało czasu – powieszona jest informacja o szczegółowych warunkach zamówienia. Dlatego to tak długo trwało, że – tak, jak zresztą państwo wspominali – inwestycja ta rozpoczęta była w 2007 r. Od tej pory na tyle zmieniły się czasy, a także zarządzanie i potrzeby, że inwestor musiał dostosować wymogi do obecnych potrzeb i zmian, jak i do zapotrzebowania ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia na działalność i oddziały. Dlatego do końca tego miesiąca przedstawiony będzie już nowy projekt i firma, która wygra przetarg, jako główny inwestor będzie działać już według nowego projektu, który mamy wstępnie omówiony z inwestorem, czyli uczelnią. Nie widzimy zagrożeń odnośnie do zmian. Mamy też opinię Narodowego Funduszu Zdrowia o potrzebie budowy właśnie takich oddziałów w Krakowie-Prokocimiu.

Odnośnie do wniosków norweskich, to w zarzucie *de facto* nie chodzi o niewydanie środków, tylko o długie procedowanie. Wnioski, które wpłynęły – 582 lub 584, nie pamiętam, ile – spowodowały, że praca ekspertów, którzy zostali wstępnie wyznaczeni zarówno do oceny merytorycznej, jak i w pierwszej kolejności formalnej, przedłużała się. Na dzisiaj mamy wstępną listę rankingową, która została wywieszona 3 albo 4 tygodnie temu. Wpłynęło ponad 300 odwołań. To znowu musi być ocenione przez ekspertów i dopiero będzie rozstrzygnięcie. Myślę, że odwołania będą procedowane w ciągu dwóch tygodni, a potem jak najszybciej nastąpi decyzja kierownictwa i wyłonienie... *De facto* informacja, bo dostajemy punktację i będzie tylko informacja, kto i ile punktów uzyskał, i podmioty z największą liczbą punktów będą objęte finansowaniem lub wpisane na listę rezerwową.

Jeżeli chodzi o fundusz hazardowy, mamy zamiar to zmienić. To znaczy, mówię o wydatkach z funduszu hazardowego, o rozszerzeniu tego programu. Procedowana jest zmiana – rządowy projekt o grach hazardowych. Tam tę zmianę będziemy procedować.

Jeżeli chodzi o skorelowanie z chorymi, to później poproszę o chwilę rozmowy z panem posłem Piontkowskim, dlatego że muszę uszczegółowić, o co chodzi w tym pytaniu, i o jakie porównania. Bo jeżeli chodzi o potencjalnych chorych, to mamy oczywiście tylko wskaźniki WHO i ogólnopolskie, i tymi wskaźnikami możemy się posługiwać, ale to będą wskaźniki albo procentowe, albo ilościowe, na podstawie przybliżeń, a nie faktycznych danych. Dlatego, jeśli mogę, to porozmawiam po dzisiejszym posiedzeniu Komisji, a potem będę starał się to uzupełnić na piśmie.

I ostatni punkt – dlaczego były zwiększenia w trakcie roku. Ponieważ część środków w naszej części 46 była w rozdziałach niewykorzystana, to w miarę uprawnień Ministra Zdrowia przesuwaliśmy te wartości na te zakupy. Natomiast, dlatego 84%, że takie zmiany przeważnie dokonują się w ostatniej chwili, w ostatnich miesiącach i podmioty, które starały się zakupić, po prostu nie zdążyły z przetargami, bo jesteśmy objęci ustawą o zamówieniach publicznych.

Jeżeli chodzi o przychody agencji – dlaczego jest taka różnica – to *de facto* zrealizowano 80 analiz, a miały być wykonane 53. Zatem wpłaty od wnioskodawców przeszły oczekiwania Agencji Oceny Technologii Medycznych. My jesteśmy zadowoleni, że agencja dała radę merytorycznie ocenić te wnioski. Dlatego te przychody były większe. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani rzecznik. Proszę, pani minister.

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Jeśli chodzi o pytania pana przewodniczącego Hoca – dziecko nienarodzone i że mało w tym zakresie robię – panie przewodniczący, człowiek, gdy się rodzi, uzyskuje prawa obywatelskie. Prawa pacjenta są składową praw obywatelskich, w związku z czym, pierwszy etap w momencie, kiedy dziecko zaczyna być pacjentem, następuje po uzyskaniu aktu urodzenia i peselu, czyli po urodzeniu. W momencie, kiedy pacjent umiera, to tym samym prawa pacjenta już go nie dotyczą. To, jeśli chodzi o pierwsze pytanie.

Drugie pytanie – o liczbę postępowań wyjaśniających. Chciałabym zwrócić uwagę na to, że w 2013 r. wzrosła liczba wszystkich wniosków wpływających do biura do 69 tys., a w 2012 r. było ich 63 tys. I to, czy sprawy, które wpływają do biura, kwalifikują się do postępowania wyjaśniającego, czy też pacjent występuje z takim wnioskiem, rzecznik nie ma na to wpływu.

Natomiast, jeśli chodzi o pytanie pani poseł Hrynkiewicz, pani poseł, akurat w tym szpitalu mój rzecznik jest od 2010 r. Pani poseł, ja byłam jedyną osobą, która zajęła się sprawą tego pacjenta. Nikt więcej nie reagował. Ja informowałam Rzecznika Praw Obywatelskich, organ założycielski, wielokrotnie występowałam do dyrektora tego szpitala, informowałam Ministra Zdrowia, i proszę mi wierzyć, dopiero, gdy wkroczyły media, temu pacjentowi trochę się polepszyło. Nie może więc pani mówić, że w tym zakresie nic nie zrobiłam. Słucham?

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja nie mówię o pani, tylko był tam pani rzecznik. I był kilka lat, więc...

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

I jest w dalszym ciągu. Tam jest mój pracownik. To jest pracownik, który podlega bezpośrednio mnie i jest u mnie zatrudniony. Ja go tam ulokowałam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, przeczytam teraz opinię.

„Opinia nr 22 Komisji Zdrowia, uchwaloną na posiedzeniu w dniu 24 czerwca 2014 r. dla Komisji Finansów Publicznych.

Komisja Zdrowia na posiedzeniu w dniu24 czerwca 2014 r. rozpatrzyła Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. (druk nr 2445) wraz z Analizą NIK (druk nr 2495), w zakresie:

1) części budżetowej 46 – Zdrowie:

a) dochody i wydatki,

b) dotacje podmiotowe i celowe,

c) wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych,

d) środki europejskie na współfinansowanie Programów Operacyjnych,

e) programy wieloletnie,

2) państwowy fundusz celowy – Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych,

3) instytucje gospodarki budżetowej:

a) Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie,

b) Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia,

4) państwowa osoba prawna – Agencja Oceny Technologii Medycznych,

5) części budżetowej 83 – Rezerwy celowe, w zakresie pozycji 47 i 48,

6) części budżetowej 85 – Budżety wojewodów ogółem, w zakresie działu 851 – Ochrona zdrowia:

a) dochody i wydatki,

b) dotacje podmiotowe i celowe,

c) wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych,

d) zadania z zakresu administracji rządowej i zadania zlecone innym jednostkom samorządu terytorialnego odrębnymi ustawami,

7) części budżetowej 66 – Rzecznik Praw Pacjenta:

a) dochody i wydatki,

b) wynagrodzenia w państwowych jednostkach budżetowych.

Po zapoznaniu się ze szczegółowymi informacjami dysponentów części budżetowych, wysłuchaniu stanowiska Najwyższej Izby Kontroli oraz w wyniku przeprowadzonej dyskusji, Komisja pozytywnie opiniuje Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w roku 2013 w powyższym zakresie i wnosi o jego przyjęcie.

Do przedstawienia powyższej opinii na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych Komisja upoważnia posła Grzegorza Sztolcmana”.

Kto jest za przyjęciem takiej opinii? Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu?

Za głosowało 9 posłów, przeciw 7, nikt nie wstrzymał się od głosu. Dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji.